

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie



**Prožívání profesních začátků psychologa ve
zdravotnictví**

**The experience of a vocational beginning as a
psychologist in health care**

Bakalářská práce

Dominika Brožková

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Tereza Soukupová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a pouze s využitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.

V Praze dne 14. 7. 2017

.....

Dominika Brožková

Poděkování

Děkuji PhDr. Tereze Soukupové, Ph.D. za vedení mé práce, za její připomínky k realizaci mého výzkumu a za její podporu v průběhu práce.

Děkuji všem začínajícím psychologům, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za čas, který mi pro rozhovor poskytli a za důvěru, kterou ve mne vložili a umožnili mi nahlédnout do vlastního uvažování o své práci.

Speciální poděkování patří mým přátelům a především mé rodině, bez níž by tato práce nikdy nevznikla.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje prožívání profesních začátků psychologů ve zdravotnictví. Jsou to absolventi magisterského oboru Psychologie, připravující se na atestaci v oboru Klinická psychologie a pracující ve zdravotnickém zařízení. Tomuto tématu se ještě nikdo v odborné psychologické literatuře přímo nevěnoval. Jedna taková práce existuje, konkrétně se zabývá vzdělávacími potřebami psychologů ve zdravotnictví. Tato práce má za cíl více se zaměřit na prožívání profesních začátků.

Cílem práce je nalézt a popsat podstatné aspekty ovlivňující vstup začínajících psychologů do zdravotnictví.

Teoretická část práce je rozdělena na sedm kapitol. Kapitoly jsou zaměřené na vývojové období mladé dospělosti, obecnou a profesní adaptaci, coping, formy profesionální podpory (supervize, intervize, konzilium) a rolí klinického psychologa na různých pracovištích.

Praktická část se skládá z pěti polo-strukturovaných rozhovorů s respondenty z řad začínajících psychologů. Tato data byla kvalitativně analyzována metodou vytváření trsů. Výsledky jsou podrobně popsány a diskutovány s odbornou literaturou. V závěru jsou shrnuty klíčové body, které mohou usnadnit vstup začínajících psychologů ve zdravotnictví do zaměstnání.

Klíčová slova: psycholog ve zdravotnictví, profesní začátky, adaptace, coping, vynořující se dospělost

Annotation

Bachelor thesis follows the vocational beginning experiences of psychologists in healthcare.

In specialised psychological literature nobody was directly attend to this theme. One bachelor thesis is oriented on the educational demands of psychologists in healthcare. We want to more focus on the experience of occupational beginnings.

The aim of the study is to find and describe essentials influencing the entry of the beginning psychologists in healthcare.

The theoretical part of our study is divided into seven parts. We occupy a developmental period of young adulthood, general and professional adaptation, coping, professional support forms (supervision, intervision, consilium) and role of clinical psychologist in general.

The empirical part consist of five semistructured interviews with respondents, beginning psychologists. These data were qualitatively analysed by methodology of “vytváření trsů”.

The results are described in detail and afterwards discussed with available literature. In the conclusion, key points are summarized, which may ease the entry of beginning psychologist in education to employment.

Key-words: psychologist in healthcare, vocational beginning, adaptation, coping, emerging adulthood

Seznam symbolů a zkratek

AKP ČR – Asociace klinických psychologů v České republice

APA – American Psychological Association

ČMPS – Českomoravská psychologická společnost

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

IPVZ – Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

MŠ MT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ ČR, MZDR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně

SV – specializační vzdělávání

Pregraduální vzdělávání – bakalářské a magisterské studium na vysokých školách

Postgraduální vzdělávání – nástavbové studium po absolvování pregraduálního vzdělávání, patří sem doktorské studium, rigorózní řízení, kvalifikační kurz „Psycholog ve zdravotnictví“ a další celoživotní vzdělávání psychologa ve zdravotnictví

Obsah

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. Charakteristika vývojového období mladé dospělosti	10
2. Adaptace	17
2.1 Adaptační proces	19
2.2 Profesionální adaptace	22
3. Coping a copingové (vyrovnávací, zvládací) styly	25
4. Klinická psychologie	29
4.1 Klinický psycholog	30
4.2 Psychoterapeutický výcvik	31
5. Role psychologa ve vybraných zdravotnických zařízeních	34
6. Psycholog ve zdravotnictví	38
6.1 Pregraduální vzdělání (klinického psychologa, psychologa ve zdravotnictví)	38
6.2 Specializační vzdělávání	40
6.2.3 Kvalifikační kurz „Psycholog ve zdravotnictví“	43
7. Formy profesionální podpory	46
7.1 Supervize	46
7.2 Konzilium	47
7.3 Intervize	47
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
8. Výzkum	48
8.1 Výzkumný problém	48
8.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	49
8.3 Výzkumná strategie a metoda sběru dat	49
8.4 Výzkumný soubor	51
8.4.1 Charakteristika účastníků výzkumu	52
9. Sběr dat a jejich zpracování	54
10. Analýza dat	56
10.1 Kategorie: Příprava na výkon práce	56
10.2 Kategorie: Práce psychologa ve zdravotnictví	58
10.4 Kategorie: Zvládání zátěže v práci, psychohygiena, coping	61

10.5 Kategorie: Vliv na osobní život, změny do života	62
11. Výsledky výzkumu a doporučení pro praxi.....	64
12. Diskuse	66
13. Závěr.....	67
Seznam použité literatury	69
Seznam příloh.....	74

Úvod

Tématem této bakalářské práce je prožívání profesních začátků psychologů ve zdravotnictví, tedy čerstvých absolventů vysokých škol, kteří nastoupili do svého prvního zaměstnání. Zajímalo nás, s čím se začínající psychologové na začátku své profesionální kariéry setkávají, co jim zlehčuje a co naopak znesnadňuje vstup do zaměstnání a adaptaci na nové životní okolnosti. Nový začátek klade vždy na jedince nějaké požadavky na adaptaci a přináší do života člověka mnoho změn. Profesní změny zasahují nejen do života člověka samotného, ale mají vliv i na jeho okolí, na jeho rodinu a přátele.

Dokončení vysokoškolského vzdělání je nepochybně významným životním mezníkem v životě člověka. V tomto případě se nový začátek většinou pojí s hledáním práce, vydobýváním si místa v oboru, který si mladý člověk před několika lety zvolil za svoji profesi. Období profesní adaptace odhalí i to, jak je schopen začínající pracovník zvládat stres a jak účinné a spolehlivé jsou jeho copingové strategie.

Toto téma je z hlediska psychologie poměrně unikátní, protože si jím ještě nikdo blíže nezabýval. Poměrně nedávno však byla sepsána bakalářská práce na téma „Vzdělávací potřeby začínajících psychologů ve zdravotnictví.“ Práce se však, jak název napovídá, zaměřuje spíše na vzdělávání psychologů. Tato práce by se chtěla více zaměřit na prožívání začátků psychologů, jak sami reflektují své profesní začátky a jak se adaptují na změny s tím spojené.

Téma mě zajímá i z osobního hlediska, protože, jako mnoho mých spolužáků, jsem uvažovala nad profesní dráhou klinického psychologa a přišlo mi velmi zajímavé, zmapovat si tento „terén“ dopředu. A nejlepším způsobem je rozhovor přímo mladými psychology, kteří teprve objevují zákonitosti jimi vybrané profese.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Charakteristika vývojového období mladé dospělosti

Cílem této kapitoly je popsat období mladé dospělosti, ve kterém se nacházejí absolventi vysokých škol. Období mezi adolescencí a dospělostí je charakterizováno celou řadou změn. Toto vývojové období zde uvádím proto, že věk mých respondentů z řad začínajících psychologů ve zdravotnictví mu odpovídá. Většina z nich se pohybuje kolem věku 25 let. Úkolem práce je popsat, jaké jsou vývojové úkoly člověka v této fázi života a v jaké se nachází životní situaci. Přejít ze školy do praxe je významný životní krok, ve kterém se mladí dospělí nachází. Na přijetí do práce jsou také navázány vztahy, vztah k rodičům, přijetí občanské odpovědnosti a celková duševní zralost jedince.

„Za jedno z kritérií dospělosti bývá udáváno dosažení osobní zralosti. Člověk je zpravidla pokládán za zralého, když po dokončení dospívání přejímá plnou osobní a občanskou odpovědnost, začíná být ekonomicky nezávislý a navíc přispívá k rozmnožování obecných statků, rozvinul plně své osobní zájmy, ustavil legalizovaný vztah k životnímu partnerovi, přejal očekávané výchovné úkoly vůči svým potomkům a na druhé straně se přizpůsobuje svým stárnoucím rodičům“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 169). Autoři dále uvádějí, že přechod od adolescence k dospělosti a převzetí dospělých rolí se nestane v jeden den, ale v současné době vzhledem k sociokulturním podmínkám představuje poměrně dlouhou a komplikovanou etapu vývoje člověka.

Tato kapitola je nazvána vývojovým obdobím mladé dospělosti podle německého psychologa Erika Homburgra Eriksona, který také vypracoval vlastní teorii o vývoji člověka, o které bude řeč dál. Jiní autoři, jako například Lengmeier a Krejčířová toto období, kdy člověk dosahuje osobní zralosti, nazývají časnou dospělostí. Americký psycholog Jeffrey Arnett poměrně nově zavádí termín „emerging adulthood“ neboli „vynořující se dospělost“, o němž rozpracoval vlastní teorii.

Ať už se toto období nazývá jakkoli, jedná se o věkové rozmezí od 20 do 25-30 let a jak uvádí Lengmeier a Krejčířová (2006), *„je to přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí“*. Dospělost vymezují s přihlédnutím ke třem kritériím: k věku, k převzetí určitých vývojových úkolů a k dosažení určitého stupně osobní zralosti (Vývojová psychologie, 2006).

Mladý člověk se v tomto období již vymanil ze závislosti typické pro dospívající, ale nepřebíral ještě plnou dlouhodobou odpovědnost dospělého věku. Současně jde o životní fázi, v níž si člověk musí osvojit velké množství nových znalostí a praktických dovedností a je postaven před celou řadu zcela nových úkolů, jako například výběr a vstup do povolání.

Lengmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že v současnosti se zdá, že se v důsledku sekulárních změn i tato životní fáze – podobně jako období dospívání – prodlužuje; pokračuje tedy tendence společnosti prodlužovat proces individuace člověka. „*Přejímání dospělé role přestává být uniformní, některé děti zůstávají v rodině déle, jiné se do ní po kratším období samostatného bydlení vracejí zpět, nástup do práce bývá často pozvolný (mladý člověk po různé dlouhou dobu kombinuje částečné zaměstnání s pokračováním ve studiu),*“ (Lengmeier a Krejčířová, 2006, s. 170).

Tradičním mezníkem, podle kterého bylo zvykem dospělého člověka identifikovat, byla a stále do určité míry je práce. Nástup do zaměstnání je jistě právem považován za významný faktor přispívající k dospělosti mladého člověka. I mnoho psychologických vývojových teorií považuje právě nástup do zaměstnání a nastartování profesní kariéry za jeden z nejvýznamnějších prvků při přechodu a v průběhu mladé dospělosti. Dnes se ale setkáváme s určitým trendem, který znemožňuje zobecnění práce jako jednoznačného ukazatele dospělosti. Dochází k posunování nástupu do zaměstnání v souvislosti s prodlužováním doby, po kterou se lidé na zaměstnání připravují a vzdělávají se. I když velké množství mladých studentů současně pracuje nebo si alespoň přivydělává, tato práce není z jejich strany považována za definitivní, životní povolání, ale spíše za určité provizorium.

Hlavní vývojové úkoly časně dospělosti bývají uváděny takto (Langmeier, Krejčířová, 2006): „*Upevnění identity dospělého, identifikace s rolí dospělého, produktivní orientace, upřesnění osobních cílů. Nezávislost na rodičích, hledání partnera, zakládání vlastní rodiny. Předběžná volba povolání a postupné získávání odpovědnosti v profesi.*“

Jak už bylo řečeno, E. H. Erikson toto období pojmenovává mladou dospělostí. Definoval teorii psychosociálního vývoje jedince, která dělí vývoj člověka na osm věků, čili vývojových etap, od narození až do smrti. Člověk musí dle Eriksona během svého života projít řadou specifických konfliktů, jejichž překonáním postoupí do další vývojové fáze a směřuje tak k dosažení celkové integrity osobnosti a schopnosti navazovat plné intimní vztahy. Každé období navazuje na předchozí a současně připravuje podmínky pro postup na následující stupeň. Erikson formuloval centrální krizi spojenou s obdobím adolescence, která předchází

mladé dospělosti, jako konflikt identita versus zmatení rolí. Erikson se také věnoval otázce prodlužování adolescence a jeho koncept psychosociálního moratoria by se dal použít pro období vynořující se dospělosti J. Arnetta, o kterém se zmiňuji níže. Arnett (2004) sám zdůrazňuje, že Erikson zmiňoval tzv. prodlouženou adolescenci, typickou pro industrializované společnosti, a psychosociální moratorium, které je v těchto společnostech mladým poskytováno a během kterého mohou skrze svobodné experimentování s rolí najít to pravé místo.

Pro období mladé dospělosti vymezil Erikson základní konflikt intimita vs. izolace. Poté, co jedinec v adolescenci objevil v ideálním případě svoji identitu a přijal věrnost jako základní ctnost, hledá nyní v mladé dospělosti protějšek, s nímž by mohl navázat intimní vztah. Proti intimitě zde stojí izolace, obava z osamělosti a nepřijetí ostatními. Pokud jedinec tento vývojový krok nesplní, může vést k regresi do konfliktu identity.

Odlíšným pohledem na toto období nahlíží americký psycholog Jeffrey Jensen Arnett. Ten v průběhu posledních několika let navrhuje zcela novou koncepci pohledu na přechod z adolescence do dospělosti. Nazývá ho termínem „emerging adulthood“, jenž můžeme přeložit jako „vynořující se dospělost“. Jak píše Mikauš (2007): „*Arnett předpokládá, že se jedná o jakousi novou vývojovou přechodovou fázi, které dalo vzniknout jednak nové socio-kulturní prostředí civilizovaného světa, jednak nový pohled mladých lidí na sebe samotné a způsob, jakým jsou jimi dospělost, potažmo dospívání vnímány.*“

Arnett tvrdí, že řada mladých lidí ve věku mezi 18. – 25. rokem (v současné době se horní hranice posouvá i výše) cítí, že již nejsou dospívajícími adolescenty, ale na druhou stranu se ještě necítí jako plně dospělí. V tomto období se před mladými lidmi otevírá velká škála možností a voleb. Je to období experimentování, hledání sebe sama a výrazné zaměřenosti na sebe a je tedy i obdobím poměrně vysoké nestability. Ve vztahu k pracovním nárokům jsou mladí dospělí v situaci, kdy končí střední nebo vysokou školu a zamýšlejí se nad svým profesním směřováním. Mohou zkusit různé práce a experimentovat s tím, co jim sedne a co ne. Díky současným sociokulturním podmínkám mají dnešní mladí dospělí možnost zaujmout více aktivní roli v otázkách utváření vlastní identity i osobního vývoje a plánů do budoucnosti. Avšak právě tyto podmínky spolu s důrazem na individuální svobodu volby mohou v některých mladých lidech vyvolat zmatenost a nejistotu co vlastně chtějí.

Toto shrnul Arnett (2004), který popisuje pět hlavních charakteristik vynořující se dospělosti, které dělají toto období odlišným od adolescence a následujícího období dospělosti:

1. „Zkoumání identity (*Identity exploration*),
2. *Nestabilita (Instability)*,
3. *Zaměřenost na sebe (Self – focus)*,
4. *Pocit „mezi“ (Feeling in between)*,
5. *Období možností (Possibilities)*.“

Hrabovská (2011) uvádí ve své práci zajímavý výzkum, který provedli Macek, Bejček a Vaníčková (2007). Věnovali se zkoumání otázky, zda etapa vynořující se dospělosti v současnosti v České republice vlastně existuje a to s využitím dvou samostatných studií, kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativního výzkumu se zúčastnili respondenti ve věku 18-27 let. Pouze 30 % z nich uvedlo, že se cítí být dospělými, 2/3 se cítilo být „mezi“ a mohli by být označeni za vynořující se dospělé. Můžeme tedy říci, že to potvrzuje aktuálnost tohoto tématu mezi dnešními mladými dospělými v České republice. Důvody, proč se mnoho mladých lidí cítí být mezi adolescencí a dospělostí, vyplývají podle Arnetta (2004) z kritérií, které považují jako nejdůležitější pro to, stát se dospělým. Dosažení těchto kritérií je totiž postupný proces a tak je i stávání se dospělým postupné. Těmito kritérii jsou podle výsledků výzkumů především: „*přijetí zodpovědnosti sám za sebe, nezávislé rozhodování, dosažení finanční nezávislosti a ustanovení vztahu s rodiči jako s rovnocennými dospělými*“ (Arnett, 1997, 1998, 2001).

Skorikov a Vondracek (1997) tvrdí, že normativní součástí socializace dnešních studentů se stala i práce a často je jedním z nejvýznamnějších prvků přechodu do dospělosti. Pozitivní role raných pracovních zkušeností byla zdůrazňována teoriemi profesního vývoje. Tyto teorie prosazují, že pracovní role napomáhají rozvinout profesní zkoumání a usnadňují mladým lidem ujasnit si své sebepojetí i budoucí profesní dráhu.

Dříve platilo, že jedinec v mladém dospělosti začal většinou po dostudování v daném oboru pracovat. Dnes je však dle Lengmeiera a Krejčířové (2006) ve výjimečných případech specializovaná pracovní činnost zahájena už v adolescenci a zůstává stejná po celý produktivní věk. „Často je původně zvolené zaměstnání opuštěno a vyměněno za jiné, které slibuje lepší výdělek nebo jiné výhody. V období časně dospělosti si mladý člověk teprve začíná ověřovat své schopnosti a znalosti v prvním, mnohdy ještě jen částečném či brigádnickém, pracovním poměru. Často ještě kombinuje práci s doplňkovým studiem, které

mu umožní získat v budoucnosti lepší status i finanční zajištění,“ (Lengmeier a Krejčířová, 2006).

Přibližný věk	Rozvíjená ctnost	Konflikt	Významný vztah	Existenciální otázka	Příklad
0–2 roky	naděje	důvěra vs. nedůvěra	matka	Mohu důvěřovat světu?	krmení, opuštění
2–4 roky	vůle	samostatnost vs. stud a nejistota	rodiče	Je v pořádku, jaký jsem?	chození na nočník, obléknutí se
4–5 let	cíl	iniciativa vs. vina	rodina	Je v pořádku to, co dělám?	poznávání, používání nástrojů, tvorba
5–12 let	schopnost	činorodost vs. pasivita	sousedství, škola	Mohu být přínosem ve světě lidí a věcí?	škola, koníčky, sporty
13–19 let	věrnost	sebeuvědomění vs. zmatení rolí	vrstevníci, vzory	Kdo jsem? Čím mohu být?	sociální vztahy
20–39 let	láska	intimita vs. izolace	partneři, přátelé	Mohu milovat?	romantické vztahy
40–64 let	péče	rozvoj vs. stagnace	domov, pracoviště	Mohu se ohlédnout za životem?	práce, partnerství
65-smrt	moudrost	vyrovnanost vs. zoufalství	lidstvo, moji blízcí	Bylo v pořádku, jaký jsem byl?	reflexe života

Etapy lidského života podle Eriksona. *Wikipedia* [online]. Praha: wikipedia, 2016 [cit. 2017-07-13].

2. Adaptace

Adaptace obecně je poměrně široký pojem. Paulík ho charakterizuje takto:

„Adaptace obecně představuje takové chování organismů, které jim umožňuje přizpůsobení se podmínkám (prostředí), v nichž žijí, a tak je nezbytnou podmínkou přežití. Adaptaci zajišťuje vzájemné působení různých více méně složitých systémů, jejich podsystémů, součástí a prvků. Pro obecné označení adaptační schopnosti systému lze použít pojmu adaptabilita. J. Piaget (1970) rozlišuje dva základní a komplementární momenty adaptačního procesu. Více méně pasivní přizpůsobování se nárokům prostředí označuje jako akomodaci. Aktivní adaptaci spočívající v přizpůsobování prostředí sobě nazývá asimilací. Projevem asimilace v mezilidských vztazích je aktivita.“ (Paulík, 2010, s. 11).

Adaptace je v současné době hodně skloňovaným pojmem. Na člověka jsou kladeny požadavky na změny v různých oblastech života, do nichž patří i pracovní nároky. Svět se stále více globalizuje a organizace na to reagují. Umožňují například více práci z domova, zaměstnávají pracovníky na dobu určitou, na částečný úvazek (což je výhodné například pro ženy na mateřské dovolené), umožňují stáže studentům. Dále využívají nové formy vzdělávání (např. e-learning) a mají stále proměnlivější a vyšší nároky na výkon pracovních činností. A jelikož žijeme v technické a ekonomické době, požadavky na jednotlivé profese se neustále mění a zároveň vznikají profese nové. Vysokoškolské vzdělání už není zárukou nalezení a udržení si dobré práce a lidé se musí neustále vzdělávat, aby udrželi krok s moderními trendy. Rostoucí tempo těchto a dalších změn klade na člověka značnou zátěž a staví do popředí problematiku adaptace jakožto specifické schopnosti živých organismů přizpůsobovat se a vyrovnávat se s okolními podmínkami, tedy schopnost přežít.

Původ slova „adaptace“ nalezneme v latině a je odvozeno ze složeného tvaru „ad-aptare“, kde „apto, aptare“ znamená připravit, vyzbrojit se k boji, případně duševně se nastavit na nadcházející těžkou životní zkoušku, nebo také z „adapto“ znamenající přizpůsobuji (Výrost, Slaměník, 2001, s. 194). Adaptovaný člověk je tedy „dobře připravený na to, co ho čeká“ (Baumgartner, 2001). Schopnost adaptace označujeme jako adaptabilitu, adaptativní selhávání či nepřizpůsobivost pak jako maladaptaci. Globálním subjektivním ukazatelem adaptace je dle Paulíka (2010, s. 13) to, jak se jedinec cítí, jak je spokojený sám se sebou, se svou identitou, zaměstnáním, sociálními vztahy a životem vůbec. Neúspěšnou adaptaci můžeme nazvat maladaptací, maladjustací a projevuje se navenek výskytem četných obtíží,

nedorozumění a konfliktů s ostatními lidmi, v prožívání vnitřními rozpory, nízkým sebehodnocením, nesamostatností, nespokojeností atd. Z hlediska výkonnosti umožňuje účinná adaptace dosahování výkonu odpovídajícího předpokladům (Paulík, 2010). Pro adaptaci na vlivy prostředí je nezbytná určitá úroveň psychofyziologické aktivace, která je jejím energetickým základem. *„Tato aktivace čili připravenost organismu k aktivitě, zajištěná mobilizací energetických zdrojů, se uskutečňuje za účasti nervové a hormonální regulace“* (Paulík, 2010, s. 13).

Podle jiné definice dle Hartla, Hartlové (2000, s. 12) lze adaptaci chápat jako:

- a) *„Obecnou vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, v nichž existují.“*
- b) *Biologicky jako základní vlastnost živé hmoty, schopnost organismu nebo jeho jednotlivých orgánů přizpůsobit se vnějším, dříve neobvyklým podmínkám.*
- c) *Psychologicky zahrnuje přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení, postoje.*
- d) *Proces postupného přizpůsobování se člověka sociálním podmínkám; poruchy chování jsou pak chápány jako ztroskotání adaptace.“*

S pojmem adaptace se můžeme setkat v mnoha různých významech a oborech, a to jak ve vědách přírodních a společenských, tedy tam, kde očekáváme vzájemnou interakci prostředí a živého organismu, tak v oborech technických, a dokonce uměleckých. Problematika adaptace, původně rozvíjena v rámci obecné biologie, totiž posléze překročila hranice této vědní disciplíny a začala pronikat do medicínských oborů, sociální psychiatrie, psychologie a pedagogiky (Rymeš, 1985, s. 7-8, 27).

- Biologicko-medicínské pojetí adaptace

- Adaptace je jedním z hlavních témat biologie a medicíny. V 19. století byly formulovány ideje evolučního vývoje (spjatý především s myšlenkami Charlese Darwina).
- Adaptace je považována za reakci organismu na změny fyzického, chemického a sociálního prostředí, která vyvolává stav zvaný stres. Na takový stav reaguje organismus činností, jež může mít charakter pasivního přijetí nových podmínek nebo aktivní změny. Reakce organismu postupuje fázemi, na jejichž konci dochází buď k vyrovnání se se změnami a k odolnosti nebo ke zhroucení organismu. Intenzitu působení vnějších faktorů si každý organismus vyhodnocuje individuálně, přičemž u vývojově vyšších organismů do reakce

přístupují schopnosti a zkušenosti, kterými subjekt působí na vnější vlivy. Konkrétní reakce organismu na stres tedy závisí nejen na podmiňujících vnějších, ale i vnitřních faktorech (Rymeš, 1985, s. 10-12).

- Psychologické pojetí adaptace

- V psychologii je adaptace považována za klíčový pojem. Podle Nakonečného (1997, s. 28, 242) pomáhá psychická regulace organismu dokonaleji se přizpůsobovat prostředí a umožňuje jedinci plánovitě měnit své okolí. Proces adaptace tedy neznamena jen pasivní přizpůsobení organismu vnějším podmínkám, ale zahrnuje, především u člověka, také aktivní přetváření životního prostředí tak, aby lépe vyhovovalo jeho potřebám.
- Palán (2002, s. 7) také rozlišuje „adaptaci pasivní“, tzv. akomodaci, kdy se člověk přizpůsobuje vnějšímu prostředí, a „aktivní adaptaci“, kterým rozumí aktivní přizpůsobování, tedy snahu osobnosti o změnu prostředí, kterou sleduje dosažení souladu s jejími potřebami (někteří autoři, viz J. Piaget výše, používají v této souvislosti termín asimilace).

2.1 Adaptační proces

Palán (2003) klade důraz na to, že adaptace je výsledkem přizpůsobení člověka prostředí a zároveň i procesem, který k přizpůsobení vede. Při procesu adaptace dochází i k restrukturalizaci osobnosti a k jejímu dotváření. Křivohlavý (2009) dává do souvislosti schopnost adaptace a zdraví, na jehož udržení a posilování se člověk podílí přizpůsobováním si okolního prostředí i zajištěním vyhovujících podmínek pro vlastní tělo. To můžeme považovat za přirozený důsledek potřeby živého organismu udržovat stálost vnitřního prostředí (homeostázu). Ani homeostáza však podle Paulíka (2010) nemusí organismu zajistit žádoucí psychickou rovnováhu neboli ekvilibrium. Klíčem k prožitkům vnitřní pohody (subjektivního well-being) je podle něj bio-psycho-socio-spirituální entita osobnosti.

V psychologii je adaptace na životní prostředí považována za obecnou funkci umožňující lidskému jedinci žít více méně uspokojivě (v krajním případě alespoň přežít) v proměnlivých podmínkách prostředí. Realizuje se pomocí psychické regulace, která umožňuje dokonalejší

přizpůsobení prostředí, plánovité změny okolí i změny vlastního systému, v němž existuje (Paulík, 2010).

Ve fungování každého živého organismu je možno považovat za základní funkci adaptačního procesu nutnou pro život v proměnlivém prostředí dosažení a udržení relativně stabilního stavu vnitřní rovnováhy organismu označovaného homeostáza (W. B. Cannon, 1939).

Paulík (2010) rozděluje z psychologického hlediska adaptační proces na složky kognitivní, afektivní a konativní (behaviorální). Kognitivní funkcí adaptace je vyhodnocení celé situace, ze subjektivního i objektivního hlediska. O kognitivní funkci adaptace se zmiňovalo mnoho autorů v souvislosti s primárním a sekundárním zhodnocením situace (primárně posouzení rizik a sekundárně zvládnutelnost situace) a pozdějším přehodnocením (reappraisal) situace. V souvislosti s kognitivním hodnocením přišli psychologové s kognitivním stylem, což je situace, kdy má jedinec tendenci přijímat a zpracovávat informace a podněty ze svého okolí určitým konzistentním způsobem. Někteří autoři hovoří o schématech nebo o osobnostním konstrukt. Při kognitivním hodnocení se nicméně dopouštíme řady zkreslení, omylů, zveličování, neadekvátních generalizací apod. Pro některé jedince to může znamenat, že vidí příležitost, naději a dobrá znamení na každém kroku (optimistický vysvětlovací styl), ale pro jiné je svět plný nástrah a nebezpečí (pesimistický vysvětlovací styl). Pro adaptační proces se ukazuje jako významná také inteligence, zvláště některé její součásti (schopnost řešení problémů, abstraktní myšlení a porozumění recipročním vztahům). Při adaptaci na sociální vztahy a zvládáním sociálně podmíněné zátěže (adjustace) a se schopností orientovat se v prožívání vlastním i jiných osob se uplatňují pojmy sociální inteligence (viz např. J. Výrost, F. Baumgartner, 2006) a emoční inteligence (např. D. Goleman, 1997, 2000) a v podobném smyslu také například sociální kompetence.

S afektivní stránkou adaptace se spojují pojmy pozitivní afektivity (viz např. R. K. Chiu, F. A. Kosinski, 1997) a neuropsychické stability (opakem je neuroticismus, viz H. J. Eysenck, 1960). W. Wundt zavedl pojem optimální hladina stimulace. Podle něj má každý člověk nějakou osobní úroveň stimulace, která je pro něj vhodná a souvisí s intenzitou podnětu a afektivní reakcí na něj. Bylo zjištěno, že osoby s vyšší potřebou stimulace (vyšší bývá u mužů než u žen) jsou obecně vzdělanější, inteligentnější a lépe se koncentrují. Jak uvádí Palán (2010) sociální rovnováha je celkově vyjádřena díky souladu mezi sociální pozicí jedince, jeho očekáváním a reálnými schopnostmi – můžeme říct, že takový člověk je sociálně zralý.

Takový sociálně zralý člověk má nepochybně i vyšší míru emocionální inteligence, která má významnou vazbu k faktoru otevřenosti ke zkušenostem. Emocionálně inteligence negativně koreluje s neuroticismem. Neurotický člověk má tendenci vzdalovat se stresující situaci a může mít problém s vyjadřováním emocí.

Afektivní a kognitivní části vytvářejí v adaptačním procesu zázemí pro složku konativní (behaviorální). Optimistický náhled, přiměřená sebedůvěra spolu s reálným zhodnocením situace značnou měrou přispívají i usměrňují aktivitu jedince nutnou k vyrovnání se s požadavky prostředí.

Středem zájmu psychologů jsou především problémy spojené s psychickou zátěží včetně mechanismů adaptace, otázky struktury a dimenzí osobnosti, které se promítají v dynamice vyrovnávání člověka se změnami vnějšího prostředí (temperament, aktivace psychické činnosti, emoce, intelekt, motivace, volní procesy) nebo také problematika řízení sociálních procesů.

Paulík (2010) dále uvádí, že pokud dojde k výrazným změnám ve vnějším prostředí, případně i uvnitř organismu (např. v důsledku onemocnění či poranění), ohrožující jednotlivé subsystémy nebo celý systém organismu představují v interakci organismu s prostředím výjimečný stav, který bývá označován jako stresová situace.

Při posuzování adaptovanosti můžeme vycházet z vnější nebo vnitřní perspektivy. Vnější, objektivně založený pohled se zabývá tím, jak se člověk včleňuje do podmínek svého života, jak je zakotven ve své rodině, mezi známými, přáteli, jak se mu daří konstruktivně se vyrovnat s problémy a úkoly života, podmínkami a požadavky, kterým je vystaven, jak zvládá nároky zaměstnání, partnerského života, výchovy dětí apod. Vnitřní, subjektivní stránku či subjektivní perspektivu adaptačního procesu charakterizuje přiměřená autonomie, míra, do níž je člověk schopen žít v souladu se sebou samým (přijetí vlastní identity), realisticky se posuzovat, včetně hodnocení vlastního postavení ve světě ostatních lidí a adekvátně svým možnostem i objektivním podmínkám řídit svůj vlastní vývoj apod.

Jak uvádí Paulík (2010, s. 23) k nejdůležitějším vnějším vlivům působícím na adaptační proces se zpravidla řadí životní události, drobné každodenní nepříjemnosti (daily hassles) a radosti (daily uplifts) a sociální opora (social support). Dále ale uvádí, že kromě problémů v sociálních vztazích mohou nepříjemnosti způsobovat také fyzikální, chemické,

bioklimatické vlivy s objektivní mírou pravděpodobného ohrožení organismu, hodnotového systému či potřeb osobnosti. Různé životní události jsou spojeny s velkými nesnázemi a problémy, které musíme překonat, ale být s to se nakupit i drobné problémy a zátěže, které postupně zvyšují hladinu stresu jedince. Někteří autoři (např. T. H. Holmes, R. N. Rahe, 1967; L. Miček, V. Zeman, 1997) seřadili události, které jsou adaptačně náročné, a to podle dopadu na člověka na nejnáročnější: úmrtí manželského partnera a dalších členů rodiny, jejich či vlastní onemocnění, věznění, rozvod, smrt blízkého přítele, ztráta zaměstnání apod. Tyto události ztěžují adaptaci a zvyšují riziko výskytu negativních důsledků stresu. Řada náročných situací souvisí také se zaměstnáním, ať už je to nízký příjem, nespokojenost v práci nebo životním stylem (málo blízkých vztahů, nedostatek volného času).

K překonání adaptačních těžkostí ale pomáhají dobré vztahy mezi blízkými a přáteli. Také sociální akceptování, pocit důvěry, jistoty, sounáležitosti apod. navozují také pocit spokojenosti se sebou samým i se životem vůbec, který se zvyrazňuje (viz G. Caplan, 1974) v důsledku toho, že se jedinec vidí jako schopný své prostředí zvládat. Palán (2010, s. 24) také uvádí, že sociální opora má smysl v prevenci syndromu vyhoření, a to u emocionálně náročných profesí.

2.2 Profesní adaptace

Člověk se v průběhu svého života adaptuje na nejrůznější oblasti svého života a jednou z nich je pracovní sféra, která významně přispívá k celkové životní spokojenosti jedince. Jak již název napovídá profesní nebo pracovní adaptace je konkrétní typ adaptace na nové podmínky související se vstupem do zaměstnání. To znamená posun z jedné pracovní pozice na druhou nebo také vstup do první práce po škole, na což je zaměřena tato bakalářská práce.

„Pracovní adaptaci lze definovat jako průběžnou konfrontaci mezi souborem požadavků, vyplývajících z daného profesního zařazení (jsou vyjádřeny požadavky na odbornou přípravu, na praktické zkušenosti, na vlastnosti osobnosti pracovníka) a souborem existujících předpokladů pracovníka (mírou jeho kapacity), jejichž základem jsou poznatky, zkušenosti a dovednosti“ (Výrost, Slaměník, 1998, s. 43; Rymeš, 1985, s. 37). Hlavním cílem pracovní adaptace je vyrovnání těchto souborů. Pracovník by se měl v průběhu adaptace naučit zvládat pracovní nároky, pracovní cykly (např. práce na směny) a adaptovat se na organizaci jako na

celek (např. porozumět hierarchizaci ve společnosti, práci na jednotlivých odděleních). Některé organizace za účelem zefektivnění adaptačních procesů vypracovávají plány na vhodné začlenění do společnosti. Také už přijímání pracovníka do společnosti by mělo zohledňovat, zda zapadne do firemní kultury, do pracovního týmu a samozřejmě, zda se hodí na konkrétní pracovní pozici. Tím se může předejít předčasnému odchodu pracovníka, kdy zaměstnanec nebo zaměstnavatel zjistí, že se požadavky jednoho nebo druhého neshodují.

Hlavní cíle profesní adaptace vymezuje Palán (2003):

„A) Seznámení se s prací.

B) Vytváření vztahů ke spolupracovníkům, včetně nadřízených a podřízených a pochopení stylu práce.

C) Formování pocitu sounáležitosti zaměstnanců s firmou“

Pracovní adaptace je procesem společenským a ovlivňuje jiné aspekty života. Lze rozlišit dva základní druhy adaptace a to adaptaci pracovní (adaptaci na vlastní pracovní činnost) a na adaptaci sociální (adaptaci na společenské aspekty práce). Oba tyto procesy se vzájemně ovlivňují a mohou probíhat s různou úspěšností společně. Pod sociální adaptaci spadá adaptace na pracovní tým a na pracovní kulturu.

V souvislosti s profesní adaptací lze použít i termín *adjustace*, který je definován jako *„zvláštní případ adaptace; vpravování se do nových životních situací, jako je vstup do práce, do školy; rozhodující je aktivita člověka, kterou vynaloží, aby překonal předchozí formy chování“* (Hartl, & Hartlová, 2010).

Profesní adaptace nezahrnuje jen vstup absolventa do nové práce nebo přechod pracovníka z pozice na pozici, ale může se týkat také rekvalifikace pracovníka, v souvislosti s vývojem nových technologií ve firmě nebo například návratem z rodičovské dovolené či po dlouhé nemoci.

Pracovní adaptace je proces, který je spojen především s aktivitou pracovníka a klade na něj velké nároky. Žádoucím sladění pracovníka s pracovními podmínkami může bránit řada faktorů, jako nedostatečná odborná způsobilost, málo zkušeností, nízká identifikace s pracovní náplní nebo se společností a další vlivy.

Délka adaptačního období může být u každého člověka individuální. Jedinec se jako v životě stále přizpůsobuje v pracovním prostředí různým změnám v organizaci. Jak uvádí

Václavovičová (2010, s. 81) adaptační období končí tehdy, kdy zaměstnavatel i zaměstnanec hodnotí dosaženou úroveň adaptability jako dostačující a vyhovující z hlediska pracovních a sociálních podmínek práce. Adaptační proces lze také formálně ohraničit zákonem danou zkušební lhůtou, která je tři měsíce, a ve které by se měl pracovník zapracovat na nové pozici. Dle Václavovičové (2010) tato doba však není dostačující a proces adaptace může trvat různě dlouho. Tato doba se odvíjí od složitosti a povahy pracovní činnosti, dané organizace, zařazení pracovníka v organizační hierarchii, individuálních zkušeností a praxe, od osobnosti pracovníka a kvality řízení adaptačního procesu. (Štikar, Rymeš aj., 1996, s. 85) uvádí, že za adaptační období bývá nejčastěji považováno prvních šest měsíců po nástupu nového pracovníka. Doba zapracování se také ale liší podle orientace jednotlivých pozice a podle vzdělání pracovníka (zda pracovník nastupuje např. na dělnickou nebo manažerskou pozici). Podle Mayerové a Růžičky (2000, s. 76) může zapracování absolventa vysoké školy trvat od několika měsíců až po dva roky. Nejjednodušší adaptační program pracovníka s vysokoškolským vzděláním podle těchto autorů trvá tři až šest měsíců.

3. Coping a copingové (vyrovnávací, zvládací) styly

„Coping“ je příkladem do češtiny obtížně převeitelného výrazu „To cope“, znamená „vyrovnávat se s něčím“, „zvládat něco“ (Baštecká, 2001, s. 167). Abraham H. Maslow zavedl pojem „chování, které slouží ke zvládnutí požadavků prostředí“ tzv. „coping behavior“, aby ho odlišil od chování, které vzniká samo pro sebe. Coping behavior je tedy chování, kterým se vyrovnáváme s náročnými situacemi nebo kterým náročné situace zvládáme. Pojetí vyrovnávacích postupů ve významu, ve kterém se užívá dodnes, zavedl R. S. Lazarus v roce 1966 v práci *Psychological Stress and the Coping Process*. Copingové strategie mají podobně jako obranné mechanismy Zigmunda Freuda za úkol chránit člověka před emočním dopadem vyrovnávání se s realitou.

Křivohlavý (1994) popisuje rozdíl mezi adaptací a copingem. O adaptaci hovoříme tehdy, je-li zátěžová situace pro člověka relativně běžná v obvyklých mezích a poměrně dobře zvládnutelná. Oproti tomu coping označuje stav, kdy je pro jedince zátěž nadlimitní, krizová, nepřiměřená, a to jak z hlediska intenzity, tak i doby trvání zátěžové situace. Jedná se většinou o takové případy, na které člověk není připraven, nedisponuje nezbytnými znalostmi a dovednostmi k jejich překonání.

Chováním, kterým zvládáme náročné (zátěžové – stresové) situace, se nárokům prostředí přizpůsobujeme dobře nebo špatně – vyrovnávací strategie mohou být adaptivní nebo maladaptivní. Zvládací postupy se obvykle odvozují od základních reakcí na zátěž ve smyslu útoku, útěku a ochromení. Můžeme je v chování druhého i vlastním pozorovat, více či méně si je uvědomujeme a více či méně je vůlí můžeme změnit.

Pojetí vyrovnávacích mechanismů se zrodilo v období a rámci kognitivního paradigmatu. Lazarus – dvě témata:

- Podoba a síla emoční reakce je určena procesy kognitivního ohodnocení (tzn., že člověk průběžně vyhodnocuje úsudky o významu požadavků a tlaků při neustálých výměnách s prostředím, a rovněž tak vyhodnocuje úsudky o možnostech, jak se s požadavky a tlaky okolí vyrovnat.
- Procesy kognitivního ohodnocení leží v základu coping (vyrovnávacích) činností, které na oplátku průběžně tvarují emoční reakce tím, že různými způsoby pozměňují významy vztahů mezi člověkem a prostředím – tzn., že pozměňují samotné ohodnocení prostřednictvím opětného ohodnocení.

R. S. Lazarus a S. Folkmanová (1984, citováni in Nevid, Rathus, Greene, 1997) rozlišili posléze dva základní způsoby zvládání, zaměřené na:

Řešení problému (problem focused coping), který lidé používají, když předpokládají, že problém má řešení a podnikají konkrétní aktivní kroky. Tito jedinci bývají také celkově zdravější a mají vyšší self-efficacy (vnímanou vlastní účinnost), než jedinci, kteří používají spíše druhý způsob zvládání zaměřené na emoce (emotion focused coping). Toto zvládání není zaměřené na problém, nýbrž na příznak problému – na to, jak je prožíván. Lidé hodnotí situaci jako beznadějnou, neví si s ní rady a cítí nad ní malou nebo žádnou kontrolu. Jedinec tedy proto často usiluje o regulaci emocí nebo o kognitivní přerámování. Emotion focused coping je spojován s vyšší mírou stresu, depresí, úzkostí a obtížnějším léčením z nemocí. Někteří autoři považují zvládání zaměřené na problém za vlastní coping, zatímco zvládání zaměřené na emoce za obranný mechanismus. Další autoři (Carver, 1997; Endler a Parker, 1994) popsali ještě třetí typ copingu – vyhýbavý (avoidance-oriented coping), při kterém jedinec volí emocionální nebo i behaviorální únik ze stresové situace a snaží se vyhnout zátěži.

Baštecká (2001) mimo copingové styly popisuje ještě kognitivní (poznávací styly). „*Poznávací či kognitivní styl je soudržný způsob, jakým osoba vnímá, myslí, pamatuje si a řeší problémy*“ (Balcar, 1983). Tyto styly se začaly zkoumat v 50. letech minulého století, kdy vzrostl zájem o kognitivní přístup celkově. Balcar (1983) uvádí dva příklady zkoumaných rozdílů v oblasti poznávacích stylů: rozměr „globální – analytický“ a rozměr „zarovnávací (leveling) – vyostřující (sharpening)“. Rozměr zarovnávací a vyostřující popisuje způsob, jakým jedinec reaguje na odlišnosti či rozpornosti v podnětovém poli. „Zarovnávači“ vyskytnuvší se rozdíly podceňují, „vyostřovači“ je přeceňují. Poznání vyostřovačů se vyznačuje sklonem k ohraničenosti vnímání a myšlení, zatímco zarovnávači věnují pozornost podnětům z hlediska fyzikálního i významového okrajovým. Kognitivní styly ovlivňují u dané osoby způsob, jakým svět vnímá a zpětně způsob, jakým s ním zachází. Jsou tedy širším pojmem než vyrovnávací (coping) strategie a mohly by být jejich základem. V klinické praxi s nimi samozřejmě musíme počítat jak u pracovníků, tak u pacientů.

Jiný příklad kognitivního stylu uvádí Mohapl (1989). Rozměr represe (potlačení) a senzitivace (zcitlivění) ovlivňuje jak snášení bolesti pacientem, tak zatížení zdravotnického personálu. Represoři (potlačovači) si zátěžovou situaci neuvědomují a nepřipouštějí si její hrozivost.

Senzitizéři (zcitlivovači) naopak hrozící nebezpečí vnímají brzy, hodně o něm přemýšlejí, mají mnoho představ s ním spojených. Vyptávají se, potřebují podrobné informace.

Zajímavým faktorem, při zvládání zátěžových situací je optimismus u lidí (tedy osob, které dosahují v příslušných testech vyššího skóre optimismu). Výzkumy naznačují (např. M. F. Scheier et al., 1986; I. Sarmány-Schuller, 1997), že tito lidé jsou při řešení problémů aktivnější a jsou více zaměřeni na onen problém (problem focusing). Strategie jejich zvládání jsou adaptivnější a efektivnější, volí spíše jednodušší postupy a heuristické strategie. Palán (2010, s. 32) uvádí (dle poznatků S. C. Segestroma et al., 1998), že optimisté mají celkově pozitivnější zdravotní návyky, což souvisí s jejich adaptivnějším copingovým stylem, méně častým užíváním úhybných strategií, nižším výskytem depresí a úzkostí, nižší konzumací alkoholu atd.

V souvislosti s copingovými styly při zvládání zátěžových situací stojí za to zmínit ještě další fenomény, které vědci studovali a pojmenovali v 70. letech 20. století, kdy se psychologie začala orientovat místo zkoumání nemoci na zkoumání zdraví a co ho podporuje. První z nich je locus of control (umístění vlivu), které pojmenoval psycholog J. B. Rotter a rozdělil ho na vnitřní (internal) a vnější (external). Vychází při tom z vlastního pojetí osobnosti, jak píše Baštecká (2001), jako souboru možností k reagování v určitých situacích, který se proměňuje zkušeností. Jedinci s vnitřním locus of control připisují výsledky své činnosti vnitřním vlivům, svým osobnostním rysům. Oproti tomu jedinci s vnějším locus of control spíše přičítají výsledky své činnosti vnějším vlivům, které sami nemohou ovlivnit. Baštecká (2001) uvádí, že fenomén umístění vlivu se začal dále zkoumat s fenoménem naučené bezmocnosti (learned helplessness), který pojmenoval americký psycholog M. E. P. Seligman. Při pokusech se zvířaty sledoval, že zvířata, která se naučila, že nemohou kontrolovat averzivní podnět (vyhnutí se elektrickému šoku) upadala do stavu bezmoci a apatie. „Slovy Seligmana (Nakonečný, 2000) jde o „očekávání, že konsekvence je nezávislá na vlastní volní reakci, což a) snižuje motivaci chtít tuto sekvenci kontrolovat, b) interferuje ve schopnosti naučit se, že vlastní reakce konsekvenci skutečně kontrolují.“ Jedná se tedy o jakési neadekvátní zhodnocení dosavadních opakujících se zkušeností, které vedou k pocitu a názoru, že člověk nemá kontrolu nad výsledky svého jednání, a to dokonce ani v situaci, kdyby tato kontrola byla možná (Macek, 2000). „Pokud výjimečně při svých pokusech dosáhne příznivého výsledku, a je momentálně úspěšný, selhává tento člověk nadále tím, že

nedovede úspěšnou zvládací strategii zopakovat a naučit se ji používat“ (Čáp, Mareš, 2001).
Naučená bezmocnost. *Cs.wikipedia.org* [online]. 2016 [cit. 2017-07-12].

Dále uvádí Baštecká (2001), že Fogelmannová (1994) spíše považuje umístění vlivu za „víru ve vlastní schopnosti ovlivnit události“ a přibližuje ho spíše s Bandurovým „self-efficacy“, tedy vnímanou vlastní zdatností. Bandura (1997) považuje vnímanou vlastní zdatnost za „přesvědčení lidí o vlastních schopnostech uspořádat své činy a postupovat způsobem, který je zapotřebí k řešení budoucích situací.“ Je to tedy víra ve vlastní schopnost, zvládnout nějaký úkol. Další autoři hovoří v souvislosti s Bandurou o pojmu kompetence (způsobilost). Celkově vlastní schopnost zvládat situace, řešit problémy, převzít odpovědnost za své chování a být přesvědčen, o této své schopnosti.

4. Klinická psychologie

Klinická psychologie se začala rozvíjet jako samostatný obor v 50. letech 20. století. Již v roce 1935 však byla definována jako vlastní obor, a to Americkou psychologickou asociací (American Psychological Association, APA). Již dříve (r. 1896) označil americký psycholog Lightner Witmer metodu kazuistickou za metodu klinickou a od toho okamžiku se začaly rozvíjet dějiny klinické psychologie (Kondáš, 1977).

Slovo *kline* pochází z řečtiny a označuje lehátko, lůžko nebo „nakláněti se“, tím tedy označuje druh zařízení (lůžkové) a druh přístupu k nemoci (zaměřuje se na jednotlivce, je jedinečný).

Klinická psychologie je psychologický obor i aplikovaná psychologická vědní disciplína, která se uplatňuje ve zdravotnictví. Asociace klinických psychologů (AKP) vymezuje předmět klinické psychologie, jímž je duševní život člověka v bio-psycho-sociálních souvislostech na cestě od zdraví k nemoci a zase zpět. Novější model zařazuje i spirituální složku, tedy bio-psycho-sociálně spirituální model. Klinická psychologie má mnoho podoborů jako je zdravotnická či lékařská psychologie (zabývá se psychickými kontexty procesu onemocnění a jeho léčby) a další podobory jako je psychoonkologie (specializovaná na onkologická onemocnění), částečně i neuropsychologie, psychosomatika (nachází vazby mezi fungováním psychiky a tělesným onemocněním), dětská klinická psychologie, klinická psychologie zdraví, forenzní (soudní) psychologie klinická gerontopsychologie atd. Klinická psychologie využívá ke svému zkoumání psychodiagnostické postupy, kterými určuje typ a příčinu poruchy, případně psychoterapeutické postupy ke zlepšení stavu pacienta. Styčné body klinické psychologie jsou psychopatologie, psychodiagnostika a psychoterapie.

Klinická psychologie spolupracuje s řadou dalších oborů, mezi které patří ošetrovatelství, sociální práce, speciální pedagogika, pastorační péče, manželské a rodinné poradenství.

Zájmy klinických psychologů v ČR hájí profesní sdružení „Asociace klinických psychologů“ (AKP). Na svých stránkách dále uvádí, že AKP zastupuje klinické psychology při jednáních s Ministerstvem zdravotnictví ČR, při dohodovacích řízeních s pojišťovnami, při výběrových řízeních apod. Dohlíží také nad průběžným vzděláváním svých členů, zabývá se etickými problémy souvisejícími s výkonem profese a vytváří koncepci oboru. „AKP ČR je řádně registrovaný spolek a má své statuty a organizační řád, ve kterých jsou popsány podrobně práva a povinnosti členů“ (AKP ČR, nedatováno).

Etika práce klinických psychologů je ustavena v etickém kodexu Českomoravské psychologické společnosti (ČMPS) a také Asociací klinických psychologů (AKP ČR).

4.1 Klinický psycholog

Klinický psycholog patří do skupiny pracovníků ve zdravotnictví. Je to absolvent jednooborového akreditovaného magisterského studia psychologie, který úspěšně složil atestační zkoušku ve specializačním vzdělávání v oboru klinická psychologie. Než splní tuto atestaci, nazývá se „psychologem ve zdravotnictví“.

Absolvent magisterského studia může ještě dále pokračovat na doktorské studium a specializovat se na jeden z podoborů psychologie. Dále musí absolvovat 60 měsíční odbornou teoretickou a praktickou přípravu ve zdravotnictví a složit zkoušku ze specializační přípravy (tzv. atestaci – viz výše) pro výkon práce ve zdravotnictví v úseku klinické psychologie. „Absolvováním kurzu by měli psychologové získat kompetence pro práci ve zdravotnictví, což zlepšuje spolupráci s kolegy z dalších zdravotnických oborů (Kebza, 2014, s. 9).“

Činnost klinického psychologa je často míchána laickou veřejností s činností psychiatra. Lidé si často nejsou jisti, náplní práce psychologa, zda může předepisovat medikaci nebo jen vykonává psychoterapeutickou činnost. Klinický psycholog se stejně jako psychiatr zabývá člověkem, který je v situaci ohrožení svého zdraví. Oba dva se však liší typem vzdělání. Psychiatr je na rozdíl od klinického psychologa absolventem lékařské fakulty a může tedy podávat pacientům psychofarmaka. Pokud si udělá psychoterapeutický výcvik, může poskytovat i psychoterapeutické služby. Psychiatr léčí spíše psychofarmaky a klinický psycholog, jak se laicky říká „slovem“.

„Klinický psycholog je často součástí širšího týmu, kam patří zdravotní sestry, lékař, sociální pracovník, popř. speciální pedagog i kněz“ (Slováčková, s. 33, 2016).

Klinický psycholog může a nemusí mít smlouvy se zdravotními pojišťovnami anebo jen s některými. Může působit jako soukromý poskytovatel zdravotních služeb, musí mít však k tomuto výkonu oprávnění. Ve druhém případě si službu hradí klient sám.

Jak již bylo výše řešeno, klinickým psychologem může být označen teprve absolvent jednooborového magisterského studia psychologie a absolvent tzv. specializačního vzdělávání zakončeného atestační zkouškou. Do té doby pracuje psycholog u poskytovatele zdravotních

služeb pod odborným dohledem klinického psychologa, k tomu způsobilého a označuje se jako „psycholog ve zdravotnictví“.

Od studenta psychologie až po vykonávání profese klinického psychologa vede poměrně dlouhá a nelehká cesta. Člověka, který se chce stát klinickým psychologem, čeká cesta, na které musí být připraven se ve svém oboru neustále vzdělávat a za vzdělávání také sám platit nemalé částky. Samotný výkon práce však není nijak vysoce finančně ohodnocen. Všechny tyto aspekty a náročnost přípravy může být pro mnoho absolventů důvodem zvolení jiné profesní dráhy, například personalistiky a HR.

„Klinický psycholog v rámci systému zdravotní péče a péče o duševní zdraví provádí v souladu s § 3, odst. 1,2 a § 22 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních tyto činnosti zdravotnického pracovníka:

- *Psychologickou diagnostiku, psychoterapii a socioterapii.*
- *Neodkladnou péči v případě akutních krizí a traumat.*
- *Rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí.*
- *Školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci.*
- *Psychologickou prevenci včetně prevence psychologických problémů u zdravotnických pracovníků.*
- *Poradenskou činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů včetně paliativní péče a přípravy na lékařské zákroky.*
- *Odbornou konziliární, posudkovou a dispenzární činnost, činnost výukovou a výzkumnou.“*

(Baštecká a Mach, 2015, s. 49)

Náplň práce psychologa ve zdravotnictví je diagnostická, terapeutická, podpůrná v závislosti na jednotlivých pracovištích a na jejich požadavcích. Psycholog pracuje nejen s klientem, ale se zdravotním personálem, píše zprávy, provádí supervize, spolupracuje v týmu s dalšími lékařskými pracovníky. Záleží na pracovišti (psychiatrická nemocnice, psychologické oddělení nemocnice, soukromá klinika atd.), na klientele i osobnosti psychologa.

4.2 Psychoterapeutický výcvik

Aby mohl psycholog v ČR pracovat jako klinický psycholog a poskytovat psychoterapeutické služby, je nutné, aby měl úspěšně ukončené psychoterapeutické vzdělání. Když čerství absolventi nastupují do svého prvního zaměstnání do zdravotnictví, většinou už nemocnice chtějí, aby měli alespoň započatý psychoterapeutický výcvik. Jedná se o úplný akreditovaný výcvik, který se skládá z teorie, sebezkušenosti a supervize, zakončený zkouškou. Ve zdravotnictví může psychoterapii v ČR provádět pouze atestovaný klinický psycholog nebo lékař s danou „specializovanou způsobilostí“ a to v rámci své profese jako součást poskytování zdravotní péče.

Mimo zdravotnictví, kdy má člověk soukromou psychologickou praxi, většinou není vymezena žádná psychoterapeutická kvalifikace. Do psychoterapeutických výcviků mohou být přijati i uchazeči z jiných než zdravotnických profesí (např. pedagogové, sociální pracovníci, ale i manažeři). Řada programů má však danou věkovou hranici, kolem 24 či 25 let, aby si tak zajistili už jistou vyspělost účastníků. Psychoterapeutem se mimo zdravotnictví může v současné době nazývat téměř kdokoliv, jelikož pojem psychoterapie doposud není právně vymezen.

Psychoterapie se také liší od poradentství nebo od stále modernějšího koučinku. Oproti psychoterapii je poradentství kratší, jednorázové a předem časově vymezené. Stejně jako koučink se zaměřuje na řešení dané situace nebo životní události a snaží se dobrat konkrétního řešení. Poradce/kouč bývá direktivnější, soustředí se na zakázku, se kterou klient přišel a dává klientovi jasně směřované otázky, aby ho navedl na pro něj nejlepší řešení. Kdežto psychoterapie zachází hlouběji a snaží se nebýt tolik direktivní. Také výcvik v psychoterapii bývá delší a rozsáhlejší. Psychoterapeut může člověka také diagnostikovat, pokud má k tomu účelu dané akreditované testy.

Existuje řada psychoterapeutických směrů. Mezi hlavní z nich patří: psychoanalýza a psychodynamické přístupy (např. SUR, dasainsanalýza), Gestalt terapie, transakční analýza, Rogersovská terapie (PCA), Logoterapie a existenciální přístup a kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Mezi další přístupy patří integrovaná psychoterapie, katatymně-imaginativní psychoterapie, Pesso-Boyden psychomotorická psychoterapie (PBSP), systemická terapie, transpersonální terapie, racionálně-emozivní behaviorální terapie (REBT) a další.

5. Role psychologa ve vybraných zdravotnických zařízeních

Psycholog, který chce pracovat ve zdravotnictví a stát se psychologem klinickým, má více možností na jakých pracovištích se může uplatnit. Každé z nich má jiné specifikum, jiná pravidla a také klienty či pacienty, se kterými psycholog bude pracovat. Dle typu pracoviště je také dána pracovní náplň psychologa. Klinický psycholog se může uplatnit na následujících pracovištích.

a) Psychiatrické nemocnice

Psychiatrické nemocnice (zkráceně PN), dříve psychiatrické léčebny, nabízejí komplexní zdravotní služby lůžkového i ambulantního oddělení pro stavy dlouhodobější hospitalizace. Kliničtí psychologové zde pracují v multidisciplinárním týmu ve spolupráci s lékaři, sociálními pracovníky, terapeuty, psychiatrickými sestrami. Psycholog se může v rámci nemocnice dostat na různě specializovaná oddělení a může pracovat i na vícero odděleních najednou. Má tedy široký záběr pacientů s nejrůznějšími obtížemi. V ČR je několik velkých psychiatrických nemocnic, největší je Psychiatrická nemocnice Bohnice v Praze. V současné době se ale chystá reforma psychiatrické péče, která usiluje o přesunutí péče o pacienty více na ambulantní úroveň, na psychiatrická oddělení krajských či fakultních nemocnic a nově také do tzv. Center duševního zdraví (CDZ), o kterých je pojednáno níže.

Náplň práce psychologa v PN sestává z:

- Účasti na vizitách a komunitách, účasti na pracovních poradách
- Provádění diagnostických vyšetření po příjmu pacienta, během pobytu, před propuštěním, (v případě potřeby specifických posudků či přešetření)
- Individuální a skupinová terapie
- Návštěva oddělení a vedení rozhovorů s pacienty
- Řešení krizových situací na oddělení
- Psycholog se může zapojit do vedení některých specifických aktivit pro pacienty (např. výletů)
- Zpracovávání zpráv z vyšetření, dohlížení na odbornou psychologickou dokumentaci
- Spolupráce s týmem odborných pracovníků, sdílení adekvátních informací o pacientech, případná psychoterapeutická podpora i zaměstnanců nemocnice

Náplň práce v jednotlivých nemocnicích a jejich odděleních se samozřejmě může lišit v různé míře. Někde psycholog provádí spíše psychologickou diagnostiku, někde psychoterapii apod. Práce je náročná na time-management, stanovení si priorit a na kooperaci se zbytkem odborného týmu. Vyžaduje opatrnou práci s informacemi o pacientech a sdílení mezi ostatními pracovníky. Psycholog také zajišťuje celkovou psychickou podporu týmu.

b) Dětské psychiatrické nemocnice

(v ČR jsou tři – např. v Lounech)

c) Protialkoholní léčebny – specifická klientela

d) Psychiatrická a psychologická oddělení v nemocnici a to jak lůžková, tak ambulantní

e) Soukromá zdravotnická zařízení

f) Krizová centra při zdravotnických institucích

Řadí se mezi ně např. Krizové centrum RIAPS, KC při psychiatrické nemocnici v Bohnicích nebo Krizové oddělení Nad Ondřejovem.

V ideálním případě poskytují telefonickou krizovou intervenci, krizovou intervenci tváří v tvář a možnost několikadenního pobytu klienta na krizovém lůžku nebo v časově omezené denní péči (stacionář). Všechny tyto služby - nebo alespoň některá z nich - by měly být poskytovány v nepřetržitém provozu, měly by být nízkoprahové a dobře dostupné. Aktuálně v ČR existuje asi 40 zařízení poskytujících krizové služby, ale z toho většina se specializuje jen na určitou klientelu (děti a mladiství, osamělé ženy s dětmi, minoritní etnické skupiny tec.), část z nich jsou kontaktní centra pro osoby závislé na psychoaktivních látkách. Mezi nejvýznamnější všeobecná krizová centra poskytující i pobyt na akutním krizovém lůžku při krizových stavech nevyžadujících psychiatrickou hospitalizaci patří Krizové centrum RIAPS a Centrum krizové intervence v PL Bohnice, Krizové centrum Psychiatrické kliniky LF MU, SOS centrum - Střediska křesťanské pomoci Diakonie ČCE, pro děti a mládež a oběti domácího násilí potom Spondea v Brně, pro klienty s psychotickým onemocněním Krizové oddělení Denního psychoterapeutického sanatoria Nad Ondřejovem v Praze nebo Krizový tým Fokus Praha, současná síť krizových center a to zvláště v mimopražských oblastech je z

hlediska potřeb pacientů a klientů značně poddimenzovaná. *“Mobilní krizové služby poskytují krizovou intervenci v terénu, jejich výhodou je bezodkladná intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě vzniku krize kde se do krizové péče mohou zapojit i rodinní příslušníci, může se předcházet vzniku hospitalizace, případně vést k jejímu zkrácení.”* Krizová centra. Zbyněk Mlčoch [online]. Praha: 2014 [cit. 2017-07-14].

g) Denní psychoterapeutické stacionáře (sanatoria)

Podobně jako krizová centra jsou významným odlehčením pro psychiatrické nemocnice, kde by musel být pacient hospitalizován. Psychoterapeutické stacionáře slouží pro pacienty s méně závažnými psychickými problémy, kteří nevyžadují hospitalizaci ale psychologická intervence je u nich žádoucí. Psychoterapeutický stacionář může pacientovi „předepsat“ lékař při vstupním pohovoru. Stacionáře nabízejí psychoterapeutickou péči a diagnosticko-léčebnou péči. Poskytují převážně skupinovou psychoterapii. V rámci jedné terapeutické skupiny se schází po dobu cca 7 až 12 týdnů asi 10-15 lidí. Záleží na každém pracovišti, jaké si stanoví podmínky. Na vedení léčby se podílí odborný tým psychoterapeutů (psychiatrů, klinických psychologů a dalších zdravotnických odborníků např. sociálních pracovníků, ergoterapeutů, arteterapeutů, zdravotních sester atd.).

Pacienti dochází do stacionáře pravidelně každý den od pondělí do pátku a večer se opět vrací domů. Ráno začíná den často komunitním setkáním všech pacientů a pracovníků. Přes den je pak zařazena skupinová psychoterapie a dále nejrůznější podpůrné terapie, kam patří ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a další. Psycholog se účastní většiny aktivit skupiny a může pacientům posloužit i při individuální terapii. Vyhodnocuje také diagnostické testy jednotlivých pacientů a vede s nimi přijímací pohovory a sepisuje závěrečné zprávy při odchodu pacientů. Spolupracuje dále se všemi členy týmu, aby byla terapie co nejúčinnější a také sladěná na míru pro pacienta.

V ČR je několik psychoterapeutických stacionářů. Za Prahu můžeme zmínit Denní sanatorium Horní Palata, Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, Denní stacionář Karlov při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Klinika Eset (zaměřující se na psychotické pacienty) nebo mimo Prahu Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, které přijímá také převážně klienty s psychotickou diagnózou.

h) Centra duševního zdraví

Fokus Praha založil ve spolupráci z psychiatrickou nemocnicí Bohnice první takové centrum na Praze 8;

„Centra duševního zdraví jsou jedním z pilířů reformy psychiatrické péče v ČR. V budoucnu by měla vzniknout síť center, přibližně na 100 000 obyvatel jedno takové centrum. Pracovníci centra tvoří multidisciplinární tým - jsou zde zastoupení sociální i zdravotní pracovníci i peer pracovník - člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a těžiště jejich práce spočívá v pomoci a podpoře jejich klientů jak v prostorách centra, tak ale také primárně přímo u klientů - v jejich prostředí - doma, v práci, v kavárně, či kdekoli jinde. Smyslem center duševního zdraví je neizolovat lidi s problémy s duševním zdravím dlouhodobě a bezdůvodně mimo společnost a umožňovat každému, pokud je to jen trochu možné, vyrovnávat se s onemocněním v místě svého bydliště a žít dál svůj život mezi svými příbuznými a přáteli s adekvátní podporou terénních i ambulantních služeb.“ Centra duševního zdraví. Fokus Praha [online]. Praha: 2016 [cit. 2017-07-14].

6. Psycholog ve zdravotnictví

6.1 Pregraduální vzdělání (klinického psychologa, psychologa ve zdravotnictví)

Základní (pregraduální) vzdělání probíhá na katedrách psychologie jako univerzitní vysokoškolské jednooborové studium psychologie a je předpokladem pro zařazení do oboru klinické psychologie. Součástí výuky, jak uvádí Vašina (2008), je kromě klinické psychologie také studium biologie, anatomie, fyziologie, neuropsychologie, psychopatologie, psychiatrie. Dále se studenti učí základním psychologickým oborům jako je: vývojová psychologie, obecná psychologie, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologická diagnostika, psychologické poradenství, psychoterapie, dále bych zmínila pedagogickou psychologii. Vedle těchto obecných a speciálních oborů probíhá výuka také vedlejších předmětů jako je filosofie, sociologie, psychologické metodologie, statistika aj.

Dle Mgr. Daniely Kolářové, absolventky Katedry psychologie FF UK v Praze, která pracuje necelý rok na neurochirurgickém oddělení nemocnice, je důležité, aby studenti, kteří aspirují na pozici klinického psychologa, během studia získali schopnost navázat, udržovat a ukončit kontakt s pacientem. Dále schopnost vytvořit si plán vlastní činnosti v různých prostředích – samostatná „manažerská činnost“, získat potřebné dovednosti a znalosti a měli přiměřenou znalost lékařského prostředí a zázemí (Baštecká, s. 203, 2003).

Podmínky pro výkon profese klinického psychologa upravuje předpis č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Od 1. 7. 2008 platí jeho novela, zákon č. 189/2008 Sb. V § 22 je popsána odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického psychologa.

Dle § 22 se odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví získává absolvováním akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví, který je prováděn vysokou školou podle zvláštního právního předpisu. Psychologem ve zdravotnictví se tedy může stát absolvent z těchto škol v České Republice: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, Filozofická fakulta Univerzity Palackého

v Olomouci, Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně a Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Na těchto vysokých školách je akreditovaný magisterský obor psychologie. Vyložení § 22 je ale trochu složitější. V současné době je studium psychologie téměř na všech fakultách v ČR rozděleno na bakalářské a magisterské. Student tedy po ukončení bakalářského studia musí složit přijímací řízení na navazující magisterské studium psychologie. Ne všechny studijní programy bakalářského studia jsou jednooborové. Na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně je studium psychologie dvouoborové, od 22. 11. 2010 je ale akreditováno MŠMT již také jako jednooborové. Studenti studují psychologii v kombinaci s dalším oborem, například žurnalistikou nebo sociální prací atd. Navazující magisterské studium je již jednooborové. Na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze bylo studium dříve realizováno také jako dvouoborové. Studenti studovali psychologii v kombinaci se speciální pedagogikou. Roku 2005 bylo však bakalářské studium akreditováno rozhodnutím MŠMT jako jednooborové.

Ze zákona však vypadlo slovo „pětiletý“, v současné době je zmíněné magisterské studium pouze dvouleté a zákon formu bakalářského stupně nijak neřeší. Na základě těchto skutečností je stanovisko MZ ČR takové, že pokud je magisterské studium (lhostejno, jak dlouhé) jednooborové, jeho absolvent může být do specializačního vzdělávání zařazen.

Jak uvádí na svých webových stránkách IPVZ, v současné době je magisterské studium pouze dvouleté a zákon formu bakalářského stupně nijak neřeší. Stanovisko MZ ČR je tedy takové, že pokud je magisterské studium (lhostejno, jak dlouhé) jednooborové, jeho absolvent může být do specializačního vzdělávání zařazen. Dále ale upozorňují, že stanovisko AKP je jiné a je možné, že v připravovaných novelách zdravotnických zákonů budou změny, které znemožní vstup do zdravotnictví absolventům, kteří studovali dvouoborový bakalářský program.

V ČR je pregraduální studium psychologie, tedy bakalářské a magisterské studium, „všeobecné“. Není tedy zaměřené na některý z hlavních podoborů, mezi které patří: klinická psychologie, sociální psychologie, obecná psychologie, experimentální psychologie, psychologie práce a organizace, pedagogická psychologie, jako je tomu jinde ve světě. Studenti tedy získávají informace ze všech oborů a v rámci magisterského studia není možná profilace na některý z podoborů. Zaměření je možné až na doktorském studiu, což je studium postgraduální, nástavbové a není nutné pro výkon profese klinického psychologa. Do

postgraduálního vzdělávání také spadají další kurzy, nutné pro psychologa ve zdravotnictví, o kterých se zmiňují v následujících kapitolách.

6.2 Specializační vzdělávání

Specializační vzdělávání, dále jen SV, je formou celoživotního vzdělávání a slouží k prohloubení kvalifikace pracovníka, v našem případě v oboru klinická psychologie. Je to studium nástavbové, postgraduální. „Je určeno pro absolventy akreditovaného magisterského jednooborového studijního programu psychologie s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického pracovníka získanou absolvováním akreditovaného kurzu Psycholog ve zdravotnictví“ (Věstník MZ ČR, 2010, s. 209). O tomto kurzu je pojednáno v následující kapitole. Legislativně je SV ukotveno v hlavě V dílu 3 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. SV v oboru klinické psychologie realizuje v ČR IPVZ, jemuž bylo uděleno oprávnění pro SV Ministerstvem zdravotnictví. Absolvent psychologie se sám přihlašuje k SV na IPVZ. Musí podat žádost o zařazení do oboru SV a k žádosti musí přiložit stejnopis nebo úředně ověřené kopie dokladů o získané odborné způsobilosti. IPVZ dohlíží na celý vzdělávací program a účastník vzdělávání zde také skládá atestační zkoušky. Atestační zkoušky se skládají před atestační oborovou komisí a účastník vzdělávání tím tak získá specializovanou způsobilost k výkonu profese klinického psychologa. Dokladem o specializované způsobilosti je diplom o specializaci v daném oboru.

Délka specializačního vzdělávání je minimálně 60 měsíců (5 let) povinné praxe ve zdravotnictví pod odborným vedením školitele (klinického psychologa) a z toho minimálně 12 měsíců na akreditovaném pracovišti. SV je realizováno při výkonu povolání formou celodenní průpravy v rozsahu, která odpovídá stanovené týdenní pracovní době. Povinnou součástí SV je absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví.

Vzdělávací program specializačního vzdělávání je rozdělen na několik částí. Na jeho začátku musí frekventant splnit tzv. „Základní kmen“ který trvá 36 měsíců. Jeho součástí je povinná praxe na psychologickém pracovišti zdravotnického zařízení pod odborným vedením klinického psychologa se specializovanou způsobilostí a nejméně 5 lety praxe v oboru. Dále se frekventanti účastní vzdělávacích aktivit, za něž dostávají kredity. Sem patří:

- psychiatrické minimum (20 dní)

- jednodenní teoretické semináře pořádané akreditovaným zařízením (1 den/1x za semestr)
- účast na kazuistických seminářích (min 10 seminářů za semestr, tj. 20 hodin)
- kurz neodkladné první pomoci (2 dny)
- základy zdravotnické legislativy (1 den)

Další částí SV je „Vlastní specializovaný výcvik v oboru“ v rozsahu 24 měsíců. Podmínkou je splnění náležitostí „základního kmene“. Součástí je povinná praxe, minimálně 12 měsíců na akreditovaném pracovišti, konkrétně se jedná o tato pracoviště:

- psychologické pracoviště poskytující péči o děti (min 1 měsíc, tj. 160 hodin)
 - psychologické pracoviště poskytující služby psychiatrickým pacientům (min 1 měsíc, tj. 160 hodin)
 - psychologické pracoviště lůžkového oddělení poskytující své služby pacientům jiných lékařských oborů (min 1 měsíc, tj. 160 hodin)
- + doporučená doplňková praxe, dle vlastní volby (doba je neurčena)

Další součástí je účast na těchto vzdělávacích aktivitách:

- specializovaný kurz v klinické psychologii (min 1 týden)
- jednodenní teoretické semináře pořádané akreditovaným zařízením (1 den/1x za semestr)
- účast na kazuistických seminářích, konaných na akreditovaných zařízeních (min 10 seminářů/semestr)
- certifikované kurzy v psychologických diagnostických metodách (Rorschachova metody, Wechslerovy soubory, Psychologická vývojová diagnostika atd.)
- další odborné akce pořádané IPVZ, AKP, Českomoravskou psychologickou společností, ČLS JEP a jiných

Frekventanti SV zaznamenávají a potvrzují všechny své činnosti a výkony během celé odborné praxe do tzv. logbooku, který předkládá u atestační zkoušky. Do logbooku se zapisuje seznam pacientů, u nichž byly provedeny tyto výkony:

- psychopatologický nález (5x)
- vyšetření inteligence aktuální verzí Wechslerových inteligenčních souborů (10x)
- vyšetření inteligence a osobnosti (20x)
- klinické či výzkumné posouzení pacienta (5x)
- komplexní vyšetření dítěte do 6-ti let věku (5x)

- komplexní vyšetření dítěte 7-15 let věku (5x)
- komplexní vyšetření dospívajících 13-18 let věku (5x)
- komplexní vyšetření (bez věkového omezení) – diferenciální diagnostika (20x)
- podpůrná psychoterapie individuální nebo krizová intervence nebo klinické poradenství (20x)
- aktivní účast na skupinových nebo komunitních sezeních (20x)
- účast na kazuistických seminářích (min 20 hodin/semestr)

V průběhu specializačního vzdělávání by měli účastníci nabýt teoretické a praktické znalosti a dovednosti pro výkon profese klinického psychologa. A to konkrétně znalosti a dovednosti z těchto oblastí: psychologická diagnostika, klinická vývojová psychologie, psychopatologie, psychoterapie, etické otázky klinické psychologie, orientační znalost psychofarmakologie, psychologická problematiky somatických nemocí, orientace v klinických oborech medicíny, pedagogika a duševní hygiena. Měli by umět aplikovat psychodiagnostické metody, psychoterapii, poskytnout klinicko-psychologické poradenství, rehabilitaci a reedukaci. Ve vzdělávacím manuálu pro specializační vzdělávání v oboru klinická psychologie od MZ ČR jsou dále uvedeny základní testové psychodiagnostické metody, ve kterých by měli frekventanti získat certifikaci, aby je mohli využívat ve své odborné praxi. Jsou to: Rorschachova metoda, MMPI -2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory^e-2), TAT a odvozené techniky, NEO-PI-R (NEO osobnostní inventář), WAIS-III (Wechslerova inteligenční škála pro dospělé, 2010), WISC-III (Wechslerova inteligenční škála pro děti, 2002), WMS-III (Wechslerova zkrácená paměťová škála).

Nutno ještě podotknout, že specializační vzdělávání si frekventanti hradí sami. Ceny kurzu Psycholog ve zdravotnictví se pohybují kolem 8.000 a 10.000 korun českých. Dále si frekventanti hradí psychoterapeutický výcvik, který trvá cca 3-5 let, dle typu výcviku a ceny za něj se pohybují v řádu desetitisíců za rok. Dále je potřeba si zaplatit certifikované kurzy v psychologických diagnostických metodách, jako je Rorschachova metoda (11.900,-), MMPI-2 (2.900,-), TAT (3.900,-), WAIS-III (2.800,-/pro začínající uživatele; 2.800,-/pro pokročilé uživatele), WISC-III (2.800,-) atd. Tyto ceny uvádí na svých internetových stránkách školící centrum Hogrefe-Testcentrum, které je vydavatelem psychodiagnostických metod. Kurzy. *Testcentrum* [online]. Praha: 2011 [cit. 2017-07-14].

Uchazeč o specializační vzdělávání v oboru klinická psychologie může být připuštěn k atestační zkoušce po absolvování všech povinných školicích akcí a splnění všech požadovaných výkonů (Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru klinická psychologie, nedatováno).

6.2.3 Kvalifikační kurz „Psycholog ve zdravotnictví“

Kurz Psycholog ve zdravotnictví je kurzem v rámci specializačního vzdělávání, který je spolu s absolvováním jednooborového studia psychologie podmínkou pro vstup do zdravotnictví. „Absolvováním kurzu by měli psychologové získat kompetence pro práci ve zdravotnictví, což zlepšuje spolupráci s kolegy z dalších zdravotnických oborů (Kebza, 2014, s. 9).“

Tento kurz je akreditován Ministerstvem zdravotnictví ČR jako specializační vzdělávání v oboru klinická psychologie. Realizuje ho Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ), který má za úkol, dle nařízení MZ ČR, zabezpečení a kontrolu specializačního vzdělávání spolu s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO). Specializační vzdělávání psycholog ve zdravotnictví je v gesci IPVZ. Kurz ale může být organizován i vysokými školami, na nichž se studuje psychologie a kterým udělilo souhlas MZ ČR. Je prováděn podle zvláštního právního předpisu, a to dle § 60 zákona č. 111/1998 Sb., zákon o vysokých školách; dále dle § 23 vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a ve znění § 21 vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Metodický pokyn, MZDR, 2009).

Kurz je dvou-semesterový a jeho cílem je „osvojení teoreticko-praktických znalostí a dovedností, které by měly doplňovat znalosti a dovednosti, které frekventant kurzu získal při studiu psychologie ve formálním vzdělávání a které jsou potřebné pro získání odborné způsobilost pro práci ve zdravotnictví“ (Slováčková, 2016, s. 32).

Tabulka 1: Učební plán kurzu „Psycholog ve zdravotnictví“

Název modulu	Časová dotace
První pomoc a zajišťování zdravotní péče v mimořádných a krizových situacích	20 hodin
Zdravotní legislativa	8 hodin
Organizace a řízení zdravotní péče	8 hodin
Zdravotnická dokumentace	8 hodin
Etika ve zdravotnictví	10 hodin
Podpora a ochrana veřejného zdraví	8 hodin
Základy farmakologie	8 hodin
Zdravotnická praxe I	40 hodin
Zdravotnická praxe II	40 hodin
Zdravotnická praxe III	40 hodin
Zdravotnická praxe IV	40 hodin
Zdravotnická praxe V	40 hodin
Závěrečné kolokvium	1 den

Metodický pokyn MZDR k vyhlášce č. 39/2005 Sb., k akreditovanému kvalifikačnímu kurzu Psycholog ve zdravotnictví, 2009

7. Formy profesionální podpory

Pro začínající psychology jsou k dispozici formy podpory, aby jim byl usnadněn vstup do zaměstnání. Každý začínající psycholog ve zdravotnictví má mít svého školitele (supervizora), se kterým konzultuje pravidelně průběh své atestační přípravy. Další informace a vzdělání mohou také psychologové čerpat z nejrůznějších konferencí (mohou být pořádány přímo zdravotnickým pracovištěm), workshopů, psychoterapeutických výcviků a také z kurzu psychologa ve zdravotnictví.

7.1 Supervize

Slovo supervize pochází z latinského slova *super* a *visus* a znamená nadhled či pohled shora (Kinkor, Baštecká, 2009). Jak píše Baštecká, Goldmann (2001), úkolem supervize je zaručovat dobrou úroveň dané odbornosti. Umožňuje tedy člověku, aby si dobře osvojil nároky své profese a aby ji dobře pochopil. Supervize je tedy ve zkratce metoda řízení lidí, metoda rozvoje jejich odbornosti a metoda rozvoje a podpory osobnosti lidí.

Úkolem supervizora je koordinovat jak tým, tak jednotlivce a dohlížet na zajištění kvality služeb zaměstnanců. Supervizor zaučuje nového pracovníka při vstupu do práce, je jakýmsi průvodcem a kontroluje, zda pracovník dobře plní svůj pracovní plán. Zároveň se na něj pracovník může obrátit s žádostí o pomoc, o radu. Supervizor působí jako mezičlánek mezi novým pracovníkem a organizací, uvádí pracovníka do nové pozice. Podobně jako ve školství je již častým zvykem, že začínající učitel má svého uvádějícího učitele, který ho zaškoluje do běhu organizace a provází ho v jeho profesních začátcích. Supervizor může být interní nebo externí. Interní supervizor působí přímo v organizaci a je to nejčastěji přímý nadřízený supervidovaného pracovníka. Externí supervizor přichází z jiné organizace a jeho hlavní předností je, že má nezávislé postavení a díky tomu i nezájatý pohled na vztahy mezi pracovníky, na skupinovou dynamiku a fungování celého systému organizace.

Podle Baštecké a Goldmanna (2001, s. 368) můžeme supervizi rozdělit na odbornou a rozvojovou. Odborná supervize je zaměřena na konkrétní problém klienta nebo s klientem a rozvojová supervize se zaměřuje na rozvoj a růst pracovníka nebo týmu. Skrze odbornou supervizi prohlubuje pracovník své porozumění specifikům a jedinečností své profese.

Speciálním druhem supervize jsou tzv. balintovské skupiny, které mají v České republice dlouhou tradici a zařazují se pod odbornou supervizi. Tato metoda byla vyvinuta anglickým psychoanalytikem Michaelem Bálintem a původně měla sloužit lékařům, kdy se posléze

rozšířila i mezi další pomáhající profese. Metoda se zaměřuje na vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. Bálintovská skupina je vlastně skupinová supervize, kdy se sejdou pomáhající pracovníci a sdílejí své zkušenosti z práce, většinou vnáší do skupiny nějaký problém, např. problematického pacienta, problém na pracovišti, který je tíží a nevědí si s ním rady.

Sezení bálintovské skupiny probíhá následovně:

- „účastníci nabízejí své případy, jeden z nich je vybrán, referující se označuje jako *protagonista*
- *expozice* – část BS, ve které protagonista vypráví svůj případ
- *fáze dotazů* – kdy se účastníci ptají na další souvislosti, důraz je kladen na okolnosti vztahu pacient – lékař
- *fáze volných asociací účastníků*, protagonista pouze naslouchá, fantazie se mohou týkat čehokoliv, co účastníky k pronesenému napadne. Tato část umožňuje protagonistovi rozšířit porozumění a vnímání předneseného případu.
- v této fázi účastníci sdělují své představy o tom, co by dělali na místě protagonisty
- protagonista se vyjadřuje k proběhlé BS.“

Bálintovské skupiny. *Psychosomatická klinika* [online]. Praha: 2012 [cit. 2017-07-11].

Možnosti supervize mohou být využity nejen ve zdravotnictví, ale také při koordinaci týmů v sociální sféře, ve firmách nebo již zmíněném školství.

7.2 Konzilium

„Konzilium znamená poradní sbor, společná porada, z lat. *consilium* od *consulere* – radit se. V současném významu: společná porada lékařů o nemocném a způsobu jeho léčení“ (Baštecká, Goldmann, 2001). Konzilium je tedy primárně medicínským termínem, kdy se nad nějakým problematickým případem (kazuistikou) sejde tým lékařů, často různých specializací. Konzilium může svolat například zdravotnický pracovník, když si neví rady s nějakým konkrétním případem a mohla by se tedy hodit společná konzultace s dalšími odborníky.

7.3 Intervize

Intervize je metoda, založená na sdílení profesních zkušeností, situací či případů v rámci organizace mezi kolegy v souřadném postavení. Do intervize počítáme i běžné konzultování dvou spolupracovníků (Matoušek, 2003, cit. dle Teplá, 2014). Nejedná se tedy o interní supervizi, rozdíl je právě ve vzájemném postavení pracovníků.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8. Výzkum

8.1 Výzkumný problém

Praktická část bakalářské práce se zabývá prožíváním profesních začátků psychologů ve zdravotnictví. Touto tematikou se ještě nikdo blíže nezabýval. Až na začátku roku 2016 vznikla bakalářská práce na téma: „Vzdělávací potřeby začínajících psychologů ve zdravotnictví“, kterou napsala Kateřina Slováčková z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Práce se zaměřuje na průběh specializačního vzdělávání psychologů ve zdravotnictví. Je to práce tématem velmi blízká, ale zaměřuje se spíše na vzdělávání psychologů z andragogického hlediska.

Tato práce se zajímá o názory, zkušenosti, ale především prožívání psychologů, zařazených ve specializačním vzdělávání v oboru Klinická psychologie pod IPVZ. Psychology ve zdravotnictví jsou míněni psychologové v preatestační přípravě v oboru klinická psychologie, kteří pracují ve zdravotnickém zařízení, a to na psychologickém oddělení nemocnic nebo v psychiatrických nemocnicích. Zajímalo nás, s jakými problémy se ve své praxi potýkají a jak je řeší, zda mají případně nějaké strategie zvládání pracovní zátěže a zda je vzdělání na univerzitách dostatečně připravilo na výkon jejich profese. Psycholog ve zdravotnictví se musí při zaměstnání dále vzdělávat a rozšiřovat své schopnosti a znalosti, a to nejen v problematice jeho zaměstnání. Pravidelné intervaly, kdy psycholog dochází na vzdělávání, jsou minimálně 1x za 14 dní. Cesta od studenta psychologie až po atestovaného klinického psychologa je velmi dlouhá a klade na psychology značnou zátěž jak finanční a časovou, tak psychickou. Právě v klinické psychologii je vnitřní motivace a vztah k psychologii velmi důležitý.

8.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit prožívání profesních začátků začínajících psychologů ve zdravotnictví. Jejich adaptování na nové životní podmínky a zvládnutí přechodu z role studenta do role zaměstnance, tedy konkrétně role psychologa ve zdravotnictví, který je zařazen do pretestační přípravy. Zajímalo mě, zda si vytvářejí nějaké copingové strategie, které jim pomáhají zvládat náročné životní situace. Co přispívá ke spokojenosti začínajícího psychologa v profesi a co ji naopak snižuje.

Jako další cíl práce jsem si stanovila navrhnout opatření, která by usnadnila začínajícím psychologům vstup do zaměstnání a adaptaci na nové podmínky.

Abychom dosáhli cílů výzkumu, musíme si položit výzkumné otázky.

Hlavní výzkumnou otázkou je: Jak psychologové ve zdravotnictví prožívají své profesní začátky, tedy jaký je pro ně přechod ze školy do zaměstnání?

Hlavní výzkumná otázka takto širokého charakteru v sobě zahrnuje otázky specifické, které jsou přesněji zaostřeny na zkoumaný jev. Specifické výzkumné otázky jsou následující:

1. Jak začínající psychologové prožívají přechod ze školy do zaměstnání?
2. Jak se začínající psychologové adaptují na svou novou roli psychologa ve zdravotnictví?
3. Co usnadňuje výkon profese začínajícím psychologům? Vytvářejí si nějaké copingové strategie, které jim usnadňují výkon profese a zvládnutí těžkých situací?

8.3 Výzkumná strategie a metoda sběru dat

Vzhledem k cílům výzkumu a poměrně široce položeným otázkám, byla pro tento výzkum zvolena jako metoda sběru dat polo-strukturované rozhovory (interview) se začínajícími psychology ve zdravotnictví. Dopředu byly vypracovány konkrétní otázky, které jsem položila všem respondentům, ale při každém rozhovoru jsem se dále doptávala a ujišťovala se, že respondent otázku dobře pochopil. Jde o výzkum kvalitativní. Jak už bylo naznačeno v kapitole „Cíl výzkumu“, rozhovory byly vedeny se začínajícími psychology ve

zdravotnictví, kteří čerstvě nastoupili do pracovního procesu a do pre-atestační přípravy. Jako podmínku zařazení do výzkumu bylo stanoveno, že respondenti jsou ve svém prvním zaměstnání několik měsíců až cca jeden rok, abychom tak zachytili období, kdy jsou v práci čerstvě a ještě se sžívají s novými podmínkami a adaptují se na novou situaci. Délka adaptačního procesu nového pracovníka byla zmíněna v kapitole „profesní adaptace“. Jak tedy bylo již uvedeno, adaptační proces u každého pracovníka je individuální a obsahuje řadu kritérií, podle nichž se odvíjí jeho délka. Podle Mayerové a Růžičky (2000, s. 76) „*může zapracování absolventa vysoké školy trvat od několika měsíců až po dva roky.*“

Jako výzkumná strategie byla zvolena metoda vytváření trsů. Tato metoda má dimenzi určité hierarchizace, jelikož prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější. Miovský (2006, s. 221) uvádí že „*metoda vytváření trsů slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle určitých jevů, místa, případů atd.*“ Skupiny (trsy) by tedy měly vzniknout na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami (kde se vzájemně překrývají). Tímto procesem vznikají obecnější kategorie, které jsou zařazeny do trsu dle opakujících se znaků, určitých charakteristik, např. společného tématu. V přepsaných rozhovorech jsem tedy hledala výroky osob, které byly tematické podobné, významné, respondenti se u nich pozastavovali a také byly sěžejní pro zodpovězení mých výzkumných otázek. „*Základní princip metody vytváření trsů je postaven na srovnávání a agregaci dat* (Čermák, Štěpánková, 1998 in Miovský, 2006) *a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek, vytváříme jednotky obecnější.*“

Jednotlivé kategorie postupně vyplouvaly na povrch při čtení rozhovorů. Hledala jsem podobnosti mezi respondenty, jak se vztahovaly k jednotlivým tématům, co jim přišlo zásadní, u čeho se pozastavovali. A dále jsem hledala podobnosti mezi odpověďmi na jednotlivé otázky, zda na podobné téma měli stejný názor. Takovýto přístup také vyžaduje autoreflexivitu výzkumníka. Interakce výzkumníka se zkoumaným fenoménem je hlavní způsob, jak vznikají kvalitativní data. „*Zásadní je proto schopnost výzkumníka reflektovat motivy svého jednání v průběhu výzkumné činnosti*“ (Miovský, 2006, str. 76).

8.4 Výzkumný soubor

Vzhledem k povaze výzkumu, kdy byla stanovena kritéria pro zařazení účastníků do výzkumu, byla jako metoda výběru respondentů zvolena metoda prostého záměrného výběru. Jak uvádí Miovský (2006, s. 136) tato metoda je v kvalitativním výzkumu nejčastěji využívána. Metoda se využívá, když hledáme účastníky podle daného kritéria/kritérií či určitých vlastností a zároveň souhlasí se zařazením do výzkumu. Zaměřujeme se tedy na úzce specifikovanou skupinu.

Účastníci do výzkumu byly sehnáni tak, že jsem oslovila mé přátele, známé, vyučující ve škole i kolegy v tehdejší práci a díky nim jsem sehnala kontakty na respondenty. Zkusila jsem také napsat e-mailovou zprávu na jednotlivé katedry psychologie v ČR s prosbou, zda by mi neposkytly kontakt na své absolventy a zároveň začínající psychology ve zdravotnictví. Nebyla jsem ale úspěšná. Další variantou bylo oslovení institutu IPVZ, kde jsem dostala možnost vystoupit na jednom z kurzů specializačního vzdělávání, představit svůj výzkum a oslovit možné účastníky. Díky tomu jsem získala do výzkumu jednoho účastníka. Ostatní kontakty byly sehnány výše zmíněnou metodou.

Výzkumný soubor tvoří pět psychologů pracujících ve zdravotnictví, konkrétně čtyři ženy a jeden muž ve věku od 25 do 28 let. Dva z nich pracují v psychiatrických nemocnicích na různě zaměřených odděleních a tři jsou zaměstnání na psychologickém oddělení ve státních zdravotnických zařízeních. Délka praxe ve zdravotnictví se pohybuje od tří měsíců do jednoho roku.

Z etického rozměru výzkumu byla zachována anonymita účastníků a ve výzkumu jim byla změněna jména a nejsou přesně uvedena pracoviště, kde pracují. Všichni účastníci byly na začátku výzkumu požádány o informovaný souhlas se zveřejněním rozhovoru v této práci a s pořízením nahrávky na diktafon nebo na mobil a následnou interpretací získaných dat. V rozhovorech také nejsou uvedena jména osob, pracovišť a jiné údaje, které by mohly vést k odhalení respondentů. Jména a názvy jsou buď změněny, nebo jinak upraveny.

8.4.1 Charakteristika účastníků výzkumu

Rozhovor A – Katka, 25 let

Působí 4 měsíce jako psychologka na jednom z oddělení státního zdravotnického zařízení (nepřála si uvádět na jakém) ve větším městě, je to její první zaměstnání ve zdravotnictví. Pracuje na 0,6 úvazek. Pokračuje na stejné fakultě v doktorském studiu. Je zařazena v psychoterapeutickém výcviku logoterapie a existenciální analýzy. Absolvovala specializační kurz Psycholog ve zdravotnictví pod Pražskou vysokou školou psychosociálních studií.

Rozhovor B - Saša, 28 let

Působí 5 měsíc jako psychologka na psychologické ambulanci státního zdravotnického zařízení ve středně velkém městě. Pracuje na plný úvazek 42,5 h/týden. Je to její první zaměstnání ve zdravotnictví. Je zařazena druhým rokem v psychoterapeutickém výcviku biosyntetické terapie. Absolvovala specializační kurz Psycholog ve zdravotnictví pod Filozofickou fakultou Karlovy Univerzity.

Rozhovor C - Monika, 26 let

Působí jeden rok jako psychologka v psychiatrické nemocnici na akutním příjmu na mužském oddělení (diagnosticko-terapeutické odd., zaměřeno především na poruchy schizofrenního okruhu), ve větším městě. Pracuje na plný úvazek 40h/týden. Je to první zaměstnání ve zdravotnictví, dříve měla krátkou praxi v pedagogicko-psychologické poradně. Je zařazena prvním rokem ve výcviku dynamického směru (důraz na celostní psychosomatický přístup, Pesso Boyden). Má téměř dokončený specializační kurz Psycholog ve zdravotnictví pod Filozofickou fakultou Masarykovy Univerzity v Brně.

Rozhovor D – Tomáš, 28 let

Pracuje jako psycholog 5 měsíc v psychiatrické nemocnici na oddělení mužských závislostí, na následné péči, ve větším městě. Pracuje na plný úvazek 40h/týden. Je to jeho první zaměstnání ve zdravotnictví. Před studiem psychologie studoval ještě jinou školu. Je na začátku psychoterapeutického výcviku logoterapie a existenciální analýzy. Absolvoval specializační kurz Psycholog ve zdravotnictví přes Filozofickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci.

Rozhovor E – Denisa, 28 let

Jako psycholog pracuje na psychologickém oddělení státního zdravotnického zařízení, kde pracuje asi rok na plný úvazek. Předtím pracovala v personalistice. Je zařazena v psychoterapeutickém přístupu KBT. Kurz psychologa ve zdravotnictví absolvovala na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

9. Sběr dat a jejich zpracování

Rozhovory s jednotlivými účastníky probíhaly většinou na jejich pracovišti, kam jsem za nimi po dohodě dojela za účelem rozhovoru. V jednom případě jsme se sešli v univerzitní učebně. S účastníky jsme dopředu zběžně prošli otázky, aby věděli, co je čeká, a mohli se připravit na rozhovor. Jedné z účastnic jsem na její vyžádání zaslala otázky na e-mail, protože se na ně chtěla dopředu podívat. Délka jednotlivých rozhovorů byla individuální, ale pohybovala se cca mezi 1 hodinou až 1,5 hodinou.

Vedení rozhovoru bylo neformální, z toho důvodu, že kontakty byly sehnány přes známé, vyučující a přátele a i pro větší pohodlí a otevření se účastníků výzkumu, jsme se dohodli na tykání. Pouze v jednom případě jsem si s respondentem vykala, a to bylo v případě, kdy se respondent přihlásil do výzkumu „dobrovolně“ na základě mého výstupu na kurzu IPVZ. Zdálo se, že v tomto případě to bylo více na místě, nemyslím si, že by se díky tomu účastnice méně otevřela. Rozhovor to byl i tak přátelský a otevřený.

Rozhovory byly nahrány na diktafon nebo na mobil a získaná data byla poté vícekrát poslechnuta a převedena pomocí doslovné transkripce do textové podoby za pomoci programu „Listen N Write“ a z něj následně přesunuta do programu MS Word. Jednotlivé rozhovory byly uloženy zvlášť ve formátu docx. a až pro následnou analýzu přesunuty do jednoho souboru a vytisknuty. V prepisech autorka sama sebe označila tučným písmem.

Okruhy otázek byly dopředu seřazeny podle témat a zaměření otázek, a to z důvodu orientace výzkumníka i respondentů v textu. Zároveň byla snaha postihnout co nejširší okruh otázek, abych se o účastnících dozvěděla co nejvíce a poskytla jim prostor pro jejich reflektování. Jak již bylo výše zmíněno, při výzkumu jsem se držela struktury otázek, abych se všech účastníků ptala na to samé, a případně jsem se doptávala na věci, kterým jsem neporozuměla, nebo mne zaujaly. Na začátku rozhovoru jsem se zeptala na věk a pohlaví účastníků.

Okruhy otázek se dále týkaly:

- 1) Motivace účastníků ke studiu psychologie a zaměření se na klinickou psychologii
- 2) Vzdělání a profesní přípravy na zaměstnání
- 3) Vstupu do zaměstnání – hledání zaměstnání, reflektování obtížnosti

- 4) Adaptace, role, sebereflexe – kdy jsem zjišťovala míru adaptace na nové podmínky, přijetí nové role pracovníka, zhodnocení vlastních kompetencí pro výkon profese a svých silných a slabých stránek
- 5) Pracoviště, kolegové, přijetí – otázky zaměřené na konkrétní pracoviště, náplň práce, pracovní prostředí a kolegy
- 6) Zvládání obtížných situací – copingové strategie, pocity vyhoření
- 7) Závěr – zásah práce do soukromého života, důležitost úspěchu v práci, spokojenost v práci

Doslovný přepis rozhovorů je pro jejich obsáhlost umístěn na přiloženém CD spolu s otázkami k rozhovoru (ty jsou vytisknuty i v přílohách).

10. Analýza dat

Jak již bylo řečeno, jako metodu sběru dat jsem pro výzkum zvolila polo-strukturované rozhovory, jejichž otázky vycházely z cíle výzkumu a základních a specifických výzkumných otázek. Jako design kvalitativního výzkumu jsem pak volila metodu vytváření trsů.

V průběhu rozhovoru jsem respondentům dávala dostatečný prostor, aby se vyjádřili k otázce a řekli vše, co je v danou chvíli napadlo. Snažila jsem se držet struktury otázek, ale doptávala jsem se na jednotlivé otázky, kterým jsem např. neporozuměla, nebo mě nějak zaujaly nebo jsem měla pocit, že jsou pro respondenty nějak významné a stálo by za to se u nich pozastavit. Tím se tedy okruh otázek ještě zvýšil. Vytvořené otázky byly velmi obsáhlé, že snad, domnívám se, postihly široký aspekt práce a prožívání psychologů. Na konci rozhovoru měli účastníci ještě prostor cokoliv dodat, pokud měli pocit, že to nezaznělo, ale většinou toho nevyužívaly.

Následně jsem přistoupila k analýze rozhovorů neboli ke kódování a hledání významových kategorií.

10.1 Kategorie: Příprava na výkon práce

Motivace k zaměření se na klinickou psychologii byla u účastníků různá. Většinou se ale tímto směrem začali orientovat na konci bakalářského studia, na základě různých zkušeností.

Katku zajímalo propojení neurobiologie s psychikou, přes tu se dostala ke klinické psychologii. Uvádí: „*k tý klinický psychologii jsem se nějak dostala přes tu neuropsychologii, nějak ve druháku, líbí se mi, jak to pracuje s neurologií a biologií a je to něco, kde je mi dobře*“.

Sašu nebavili moc pedagogické předměty na škole, ale „*lákalo mě víc to klinický, pracovat nějak s traumatem pod zdravotnictvím a hodně jsem tíhla k psychoterapii*“.

Moniku začala klinika lákat ve třetím ročníku bakaláře. „*Celkově mě začala zajímat patologie osobnosti v souvislosti s psychosomatikou, který se teď věnuju i ve výcviku*“. Motivovala ji také maminka, která se zajímá o danou tematiku.

U Tomáše to byl dlouhý proces, než zjistil, že chce dělat klinickou psychologii, bylo mu 26 let „...ve třetíáku jsme začali chodit na klinický praxe, kde jsem se dostal poprvé do kontaktu s klientem, s psychiatrickým prostředím...uvědomil jsem si, že chci mluvit s lidma, jednat s lidma, být jim nápomocen...taky mě zajímala ta patologie a terapie.“

Denisa naopak měla jasno hned „do kliniky jsem asi chtěla od začátku, přišlo mi to jako jediná zábavná část psychologie...už když jsem šla na vysokou, tak jsem chtěla do kliniky, přišlo mi to takové automatické.“

Účastníci většinou reflektovali, že **příprava na výkon práce je nedostatečná. Teoretické vzdělání hodnotili jako spíše nedostačující** a uvítali by větší propojenost „aby to nebylo takové to házení do vody“, říká Katka „mě pomohli praxe na tom magisterském studiu, člověk trochu viděl, jak to chodí...líbilo by se mi víc takový vrůstání do systému“. Saša by se v rámci studia více zaměřila na to, aby už studenti věděli dopředu, jak to v praxi vypadá: „já jsem měla hrozně málo informací, jak to v té klinice vypadá, bylo to pro mě pořád všechno hodně abstraktní ...víc se teda zaměřit na praxi a na nějaký kazuistický případy“.

Podle Lukáše je ale teorie nutný základ, bez kterého by to nešlo. A výuka na škole ho na budoucí zaměstnání spíše připravila.

Praxi na škole hodnotili různě, ale většinou pozitivněji než teoretické vzdělání: Katku praxe na škole víceméně dostatečně připravila na výkon profese: „praxe mě připravila víc, než ta škola...ale asi se nejde nikdy na všechno úplně připravit“ Monika také hodnotí praxe jako přínosnější pro další zaměstnání než školu, jako teorii. Podle ní může student školu „prolézt“ jakžtakž, ale když nečte a nesnaží se, bude pro něj vstup do zaměstnání náročný.

Denisa díky praxím při škole získala posléze zaměstnání „já jsem na povinné stáži byla tady, takže mě to pomohlo, protože tady teď pracuji...za druhé si člověk obejde několik pracovišť a zjistí, co mu vyhovuje“. Škola by ale měla být orientována více prakticky než teoreticky „studenti nevidí pacienta...měli by pustit pacienta s diagnózou a zároveň říci, jaké má symptomy, jak se to diagnostikuje“. Také podle Denisy by bylo vhodné učit se klinickou psychologii jako celek a disciplíny propojit s praxí.

Podle Moniky byl vstup do praxe jednodušší, kdyby byly nemocnice nápomocnější, otevřenější a spolupracovali více externě. „u nás teď studenti v rámci ČASP (Česká asociace klinických psychologů) dochází do léčeben a...pacientům se věnujou...mě to hrozně ulehčí“.

Denisa také v rámci vzdělání vadí, že se omílá pořád to stejné učivo dohromady: „*milionkrát bereme to samé... například psychoanalýzu... vadí mi, že se to ve škole málo propojuje, že se jedno téma omílá pořád dokola.*“

Další důležitou otázkou bylo, jako hodnotí kurz Psychologa ve zdravotnictví, který je součástí specializačního vzdělávání. Většina účastníků prošla kurzem na jiném pracovišti, ale shodně mu vytýkaly malou odbornost, opakování tématu, zbytečnost, protože řadu věcí budou dále brát v pre-atestační přípravě a budou se to učit znovu. Také nebyly spokojeni s finanční stránkou kurzu, který si musí hradit z vlastních peněz a je přitom neadekvátně drahý. Saša zmiňuje, jestli toto vzdělání nezačlenit už do výuky na fakultách: „*udělala bych to za mň peněz a víc prakticky, nějaký z přednášek jsou tam nekvalitní a k ničemu... říkám si, jestli to nějak neudělat už v rámci výuky na škole*“. Stejně pocity má Monika, „*mě to přijde jako tahání peněz... je to trošku zbytečný.*“

10.2 Kategorie: Práce psychologa ve zdravotnictví

Všichni účastníci většinou reflektovali, že najít místo ve zdravotnictví bylo náročné. Někteří hledali ¾ roku než místo našli a i tak s ním nejsou plně spokojeni. Studentů, kteří chtějí jít do kliniky je mnoho, ale nejsou pro mě místa, protože pojišťovny na toto bohužel nechťejí dávat peníze. Většinou jim ani nepomohly kontakty, které si vytvořili na vysoké škole. Monika kolegy v praxi moc neoslovila. Saša naopak ano, ale nikdo jí nepomohl: „*mé kontakty mi nemohli nijak pomoci a tak jsem byla sama hodně aktivní, obesílala jsem a obvolávala nemocnice... už jsem chtěla hodně pracovat... no a tak jsem se dostala sem, nejdřív mě nechťeli, ale za dva měsíce se mi ozvali, že hledají psychologku.*“ Tomáš už byl na „svém“ pracovišti na stáži a tak už o něm věděli a možná i díky tomu ho vzali. Sám také ale zdůrazňoval vlastní iniciativu a motivaci pro práci, na základě které ho nemocnice přijala. Shodně všichni hodnotili, že se na pracovní místa dostali vlastní snahou a aktivitou místo hledat. Část z nich pomohli i kontakty z vysoké školy, když byly v rámci povinných praxí v nemocnicích.

Stěžejní věcí pro práci s klienty je pro začínající psychology psychoterapeutický výcvik. Všichni ho hodnotili jednoznačně kladně a referovali, že utváří jejich pohled na pacienty a

pomáhá jim i s každodenní prací a adaptací v zaměstnání. Monika je v dynamickém terapeutickém přístupu: *„je to hodně celostní přístup...ted' zrovna jsem měla individuálku s depresivním pacientem a uvědomovala jsem si, že tam pracuju víc se zaměřením na toho klienta, na jeho pocity, na uvědomění si sám sebe...i cítím takový vnitřní zklidnění, že tolik neskáču.“* Katka vnímá svůj výcvik jako takovou ochranu: *„já se spíš touhle teorií chci zastřešit...logoterapie mi přijde skvělá v těch teoretických východiscích...neřekla bych teda, že ten přístup změnil můj postoj k pacientům, ale že jsem takový přístup k pacientům mít chtěla...že každý hledá ten svůj smysl...chut' směřovat k sebepřesahu.“*

Denisa oproti tomu může svůj výcvik v KBT užít prakticky v diagnostice: *“mohu ho použít při diagnostice, při terapii...hodí se na neurologický potíže.“* Denise se tento směr líbí, protože má strukturu a je dobře aplikovatelný.

Spokojenost na pracovišti se dle výpovědí účastníků hodně liší od konkrétní instituce. Saša měla vstup do práce i její průběh velmi náročný. *„Jsem na oddělení jedinej psycholog, nemám vlastně žádnou oporu, nemůžu to s někým sdílet. Přijde mi, že to vzdělání moc nefunguje...chtěla bych to ukotvit nějakým odborníkem, ale není kdo.“* Saša má nevýhodu, že pracuje na neakreditovaném zařízení a musela si i sama shánět svého školitele mimo instituci. Dodává, že ale jednotlivá pracoviště se hodně liší, jinde tu podporu psychologové mají.

Saša dále dodává, že *“na začátku práce jsem měla hodně pochyb a úzkostí, se kterými ještě bojuju...taky ta práce je náročná na dojíždění...ale praxí se učím furt.“* Monika také reflektuje, že jí samotná praxe hodně dává *„se studiem je to neporovnatelný...pacienti mě naučili víc si všeho vážit, rodiny, zázemí...a praxí jsem se naučila diagnostikovat, udělat celkový vyšetření...vystupovat mezi lidma, jednat s nimi, moje očekávání bylo mnohem horší.“* Katka chtěla nejdřív do neuropsychologie, ale pak pochopila, že *„nejdřív je důležitý si projít těma základníma věcmi.“* Praxe ji také učí denodenně: *„pracuju s dětma, mě ta práce baví...dává mi energii, radost...někteří pacienti jsou náročný, ale každý mě naučí něco o sobě, to se mi na tom líbí.“* Tomáš se díky výcviku a kontaktu s pacienty cítí více jistější. Pacienti ho dnes a denně učí *„jak se k nim mám chovat, že je potřeba být pokorný ve vztahu k nim a naslouchat jim a nemít dojem, že vím, co jim schází. hodně mě učí o mě,“* ukončuje s podobnými dojmy jako Katka.

Respondenti se dále shodují, že se musí neustále učit a dovzdělávat. Ať už v rámci pře-atestační přípravy, tak ale sami na tom mají zájem a zajímají se o pacienty, čtou publikace na dané téma apod. Všichni se shodli na tom, že psychoterapeutický výcvik a kontakt s pacienty jim je pro práci nejužitečnější a nejvíce se z toho učí.

10.3 Kategorie: Adaptace na novou roli, kompetence

Katce pomohlo, že je ještě na doktorském studiu a vstup do praxe byl pozvolnější: „*mám dobrou pocit, že jsem to dopracovala až sem, zároveň je tam úzkost, jestli je člověk na něco kompetentní...doktoři nejsou ale moc zvyklý říkat zpětnou vazbu, na to jsem se musela adaptovat...je to pro mě taky nová psychická zátěž, ale psychicky mě to naopak dobíjí*“. Také Monika se zadaptovala velmi rychle, „*a je to tím, že mě ta práce baví...měla jsem a mám, myslím docela vysoký nasazení na začátku a lidi mi říkali, uť...a mám kolem sebe dobrou partu lidí v práci, kteří mi to velmi ulehčili, byli nápomocní...a taky mi v tom pomáhá láska k tomu oboru*.“

Ostatní respondenti také vyzdvihují podporu blízkých a přátel, že jim věří a vidí, že dělají něco dobrého. Sociální opora byla velmi zmiňována. Také přijetí kolegy na pracovišti. Saša reflektuje neustálou nejistotu, která jí adaptaci ztěžuje: „*já se v té své nové roli cejtim dobře, baví mě to...lidí z okolí mě už berou jak tu psychologku, raděj se se mnou...ale jak nemám tu podporu zvenčí, od těch doktorů, psychologů, tak si přijdu nekompetentní a je tam pořád ta nejistota, nemůžu být teda dobře adaptovaná*.“ Saša uvedla, že už se v průběhu své 4 měsíční praxe setkala s vyhořením, protože na ní bylo zvenku kladeno velké očekávání. Musela si sama sobě říct, aby to tak neřešila a ubrala. Tomášovi také pomáhá: „*dodržování osobní psychohygieny, nabýt tady hlavou 24 h. denně, soustředit se na jiné věci, potkávat se s kamarády*...“, ve své nové roli se ale cítí dobře, do práce chodí rád.

Respondenti reflektovali, že jim při adaptaci pomáhá podpora blízkých, přátel, osobní uznání. Všichni z nich jsou aktivní i mimo práci, věnují se nějakému sportu nebo jiným koníčkům, setkávají se s přáteli i mimo svůj obor. Také nějaká vize do budoucna, že to bude lepší, až se zapracují.

Také zmiňovali své osobní vlastnosti a schopnosti. Tomáš: „*asi že jsem komunikativní, zajímám se o nové věci kolem sebe...to mi pomáhá při výkonu té profese*.“ Monice pomáhá

v adaptaci a ve výkonu její profese „*ta emoční citlivost, snaha porozumět a nějaký životní elán a radost, myslím, že jsem dost optimistická, snažím se hledat to pozitivní.*“

Pro Denisu byla nová práce počáteční šok: „*byla jsem trochu nešťastná, než jsem si zvykla na systém práce, byla jsem tu v prázdné vyšetřovně a sama, připadala jsem si hrozně hloupá, že o té psychologii nic nevím...ted' už je to lepší, změnil se tu i trochu kolektiv.*“

Saša si někdy přijde nekompetentní pro svou roli, „*naopak jindy se cejtím přítomná a bdělá v bytí s klientem...střídají se u mě extrémy, nekompetentnost a nejistota a pak zase příjemná satisfakce z dobře odvedené práce.*“ Monika se cítí být kompetentní pro své povolání, „*jinak bych neměla odvahu se pustit do takového povolání, kde se dá docela ublížit jistým způsobem.*“

Katka si zase užívá roli „*psychologického benjamínka...mám z toho radost, i v nemocnici mi dávají zpětnou vazbu, že jsem šikovná*“, pro některé věci se cítí kompetentnější než pro jiné: „*když jde třeba o určení vývojové úrovně dítěte nebo analýzu toho vztahu...ale určitě musím víc pracovat na tom pozorování...slabou stránkou určitě je, že hodně lidí útočí na ty moje hranice, že jsem mladá a nemám děti, tak to nemůžu vědět, ze strany těch rodičů.*“

Respondenti často zmiňovali, že na něco se cítí kompetentní a na něco už ne. Že se mají stále kam dál posouvat. Někomu je lépe v diagnostice, někomu v psychoterapii.

10.4 Kategorie: Zvládání zátěže v práci, psychohygienu, coping

Zajímavé bylo, že většině respondentů pomáhá při zvládání stresu v práci a větších zátěžích jakási jejich vnitřní síla a neústupnost. Zdá se také, že většina z nich má velkou sebereflexi a tyto věci si uvědomuje a snaží se proti nim aktivně zakročit, ještě než se dostaví.

Denisa: „*asi nějaká tvrdohlavost, že to dodělám, jsem spíš rozumově orientovaná, pomáhá mi, že se s člověkem můžu bavit víc na úrovni myšlenek než emocí, to mi dělá zase problém, jsem uzavřenější*“. Také Monika reagovala podobně: „*já jsem takový akční typ, nemám ráda ty únikové tendence, útěk v obtížných situacích...pomáhá mi si věci setřídít, sepsat, určit si priority, mám ráda strukturu...pomáhá mi také motivace ve formě odměny (cukr a bič, a pomáhá mi taky fyzický vybití, odreagování se nějakým sportem.*“

Katce také pomáhá držet si strukturu práce a strukturu dne. „*Nemám třeba ráda, když mi kolegyně objednala už dva pacienty, nemám to ráda, už ten první telefonický kontakt něco říká o té situaci a já právě nemám ráda, když mi někdo naruší tu strukturu. Mám ráda na pacienty čas, tak abych se na ně naladila...a pořád pracuju na tom, kor s těma malejma dětma, být pořád s nim, nedělat to mechanicky.*“ Při zátěžových situacích nebo při nezdaru Katce pomáhá, že může vzít svůj případ na výcvik. Jako psychohygienu je podle ní nejlepší, „*ten psychoterapeutický výcvik, to je nejlepší prevence, práce na sobě a otevřenost...nebaví mě akorát taková ta administrativa kolem, která je otravná a která by mohla vést snadno k vyhoření*“.

Saše pomáhá si věci tolik nepřipouštět, racionalizovat si je a nemít na sebe takové požadavky. „*Snažím se relaxovat, cvičím jógu a snažím se dodržovat psychohygienu...a když je nějaká zátěž, snažím se nedržet ty emoce v sobě, ale pustit to, bavit se s lidma...taky mám ty superize, bálinta...a prostě je dobrý nenechat se tím zahltit, nepopírat to, někdy to ale jen tak pozorovat a nechat to být a držet si ten volný čas, ty víkendy.*“

Denisa se také už trochu setkala s pocitem vyhoření, cítí se být někdy trochu neurotická. Proti takovým pocitům bojuje tím, že: „*snažím se nebrat tu práci tak vážně, přečkat to období a ono se to pak zlepší, já jsem si tu práci vybrala, musím si uvědomovat i ta pozitiva.*“

Tomáš hodně sportuje, fyzicky se rád vybije, podobně jako Monika. Rád se baví i s lidmi mimo obor. „*A taky mi pomáhá zkušenost, protože vím, že už jsem toho hodně zažil v různých situacích a vím, že dokážu zvládnout i nepříjemné věci.*“

10.5 Kategorie: Vliv na osobní život, změny do života

Všem respondentům se nástupem do práce život změnil a také se jim o něco zmenšil jejich volný čas. Většinou to ale nebrali jako nevýhodu.

Saša trávila dříve více času s přáteli a rodinou, chodila do kaváren, do kina. „*Stoprocentně se to teď změnilo, ale zároveň teď, když mám volný čas, snažím se ho naplno užít, což jsem ho předtím možná trochu proflákala, hodně si vážím času a držím si ho.*“

Monika reflektuje že se teď musela postavit na vlastní nohy, *„je tam veškerá nezávislost na podpoře rodičů, hlavně finanční, přineslo mi to vlastní život, vlastní zodpovědnost sám za sebe.“* Vyhovuje jí ale pracovní řád a na aktivity mimo si vždy čas najde.

Tomášovi to vneslo velkou změnu do života, musel kvůli práci opustit své rodné město, najít si nové známé a celkově reflektoval změnu studentského života na pracovní. Musí také dojíždět hodinu z práce a do práce, což není nejlepší, ale naučil se s tím žít.

Denise se tak změnil režim. Musí ráno brzo vstávat a je unavenější.

Všichni účastníci také zmínili, že vstup do zdravotnictví a atestační příprava jsou pro ně velmi náročné z hlediska investice času, tak i peněz. Museli si kvůli tomu spoustu věcí odepřít a věnovat se jen tomu. Tomáš také reflektoval, že obdivuje mladé psycholožky, když ještě musí odejít na mateřskou dovolenou, neví, jak to zvládají. Respondenti hodně zmiňovali finanční hledisko práce. Práce psychologa se jim zda finančně podhodnocená. Psycholog si musí v rámci své preatestační přípravy platit spoustu věcí okolo, ať už se jedná o kurz Psychologa ve zdravotnictví nebo o psychoterapeutický výcvik, který je taky vyžadován. Problém je, když psycholog pracuje na neakreditovaném pracovišti tak, jako Saša a musí si platit třeba i svého školitele.

11. Výsledky výzkumu a doporučení pro praxi

Cílem výzkumu bylo zjistit prožívání profesních začátků začínajících psychologů ve zdravotnictví. Jejich adaptování na nové životní podmínky a zvládání přechodu z role studenta do role zaměstnance, tedy konkrétně role psychologa ve zdravotnictví, který je zařazen do preatestační přípravy. Zajímalo mě, zda si vytvářejí nějaké copingové strategie, které jim pomáhají zvládat náročné životní situace. Co přispívá ke spokojenosti začínajícího psychologa v profesi a co ji naopak snižuje.

Hlavní výzkumnou otázkou je: **Jak psychologové ve zdravotnictví prožívají své profesní začátky, tedy jaký je pro ně přechod ze školy do zaměstnání?**

K hlavní výzkumné otázce se vztahují dílčí otázky, které jsme si stejně jako hlavní výzkumnou otázku stanovili na začátku výzkumu. Odpovědi na dílčí výzkumné otázky poskytují konkrétnější náhled na problematiku stanovenou hlavní výzkumnou otázkou.

1. Jak začínající psychologové prožívají přechod ze školy do zaměstnání?

Jak začínající psychologové reflektovali, vstup do zaměstnání přináší do jejich života významné změny. Je to pro ně jakési zátěžové období, které musí překonat a na úkor jiných aktivit vložit spoustu úsilí do změněné situace života, kterou s sebou nová práce přináší. Musí se adaptovat na nové podmínky, změnit například lokalitu bydliště, omezit své koníčky, dát prostor více práci před přáteli, více se vzdělávat a také více řešit finanční stránku života a přijmout jistou zodpovědnost. Přes všechny těžkosti, které změny přináší, ale psychologové zmiňovali velkou motivaci a souměřitelnost s oborem klinické psychologie nebo vize a plány do budoucna, které jim pomáhají udržet krok s novými změnami.

2. Jak se začínající psychologové adaptují na svou novou roli psychologa ve zdravotnictví?

Psychologové zmiňovali, že je řada faktorů, které jim adaptaci usnadňují. Zmiňovali jak osobnostní předpoklady a kvality, tak podporu zvnějšku, především rodiny a přátel. Významná se také ukázala podpora a kolegů v instituci, která pro nějaké psychology byla důležitá, pro jiné však nedostačující. Zmiňována byla potřeba podpory a uznání, jak blízkými, tak spolupracovníky. Všem začínajícím psychologům je ale víceméně v jejich

nové roli dobře a postupně cítí, že se na ni více adaptují. Vědí, že je to „běh na dlouhou“ trať.

3. Co usnadňuje výkon profese začínajícím psychologům? Vytvářejí si nějaké copingové strategie, které jim usnadňují výkon profese a zvládání těžkých situací?

Psychologové zmiňovali často vlastní aktivitu, nezdolnost a vytrvalost jít si za svým. Často zaznívalo, že je potřeba udělat si dobrý time-management a strukturu dne, aby člověk dobře dostál pracovním návykům a vše se mu nenakumulovalo. Při zvládání těžkých situací je potřeba je řešit, jít se poradit za kolegou nebo se fyzicky vybit, pustit to z hlavy, nebýt na sebe tak náročný. Psychologové si uvědomovali, že jsou na začátku své profesní dráhy a nemohou od sebe chtít vše. Dva z nich se však již setkali s pocity vyhoření. Většinou si ale nic o zvládání stresu a copingových strategiích nenačítali a snažili se zvládat náročné situace podle svých schopností a dovedností.

Na základě realizovaného výzkumu byla formulována následující doporučení pro praxi a pro budoucí klinické psychology:

- Umožnit studentům psychologie větší setkání se s praxí, tzn. s diagnostickými metodami, s komunikací s pacientem a kolegy v týmu, a také umožnění získání větší představy o práci klinického psychologa již na škole
- Rozsáhlejší podpora začínajících psychologů ve zdravotnictví ze strany zaměstnavatelů, např. více studijního volna, příspěvky na vzdělávání, což by mohlo příznivě ovlivnit jejich osobní život i motivaci pro práci a v neposlední řadě podpora v podobě konzultací jednotlivých kazuistik, které účastníci výzkumu považují za velmi cenné;
- Začínající psychology by také motivovalo vyšší finanční ohodnocení, adekvátní požadavkům, na jejich profesi
- Začínající psychologové by studentům, kteří mají zájem o zdravotnictví, doporučili, aby si začali co nejdříve shánět informace o tom, co chtějí dělat, jít do praxe a zkoušet, co jim bude sedět. Aby se připravili na to, že jim to zabere hodně času a budou do toho muset i finančně investovat a že budou muset prokázat, že jim o tu profesi opravdu jde. Dále aby měli co nejvíce zkušeností s diagnostickými metodami, aby nabyli co nejvíce praktických zkušeností a zvolili si vhodný psychoterapeutický

přístup. Dále je podle nich důležité, aby studenti šli za tím, co je skutečně baví a nedělat věci povrchně, i když to stojí práci, být stále aktivní a vzdělávat se.

- Doporučení jako vhodné publikace k prostudování pro začínající psychology ve zdravotnictví nebo studenty, který se tímto směrem chtějí vydat – kniha KEBZA, Vladimír. Psycholog ve zdravotnictví. 2., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3657-3.

12. Diskuse

Autorka si uvědomuje, že téma začínajících psychologů ve zdravotnictví může být uchopeno z vícero stran a že, toto téma přináší řadu otázek a materiálu ke zkoumání.

Aby mohlo být téma podrobněji zpracováno, stálo by za to použít kvalitativní metodu zakotvené teorie, aby se zjistilo více vztahů mezi tématy a jednotlivými kategoriemi. Nakonec jsem se ale přiklonila k metodě vytváření trsů, která byla jednodušší a díky níž bylo také možné vytvořit významové jednotky a poté kategorie. Uvědomuji si ale, že to může být pro analýzu rozhovorů nedostačující.

Při průběhu rozhovorů a při jejich následném čtení jsem se také přistihla, že jsem často dávala návodné odpovědi, když jsem se doptávala na věci, které mě zajímali. Někdy jsem byla zaměřena příliš na to, co mě zajímá, než na potřeby psychologa, a na to, co by chtěl sdělit. To se projevilo zejména u rozhovoru s Tomášem, kdy jsme si příliš neporozuměli. Reflektoval, že otázky byly často nesrozumitelné a dlouhé a někdy se opakovali, což jsem také reflektovala. Nakonec jsem ale rozhovor do práce použila, protože jsem měla nedostatek mužských respondentů a i tento rozhovor mi poskytl cenné informace.

Co se týče možností dalšího výzkumu, bylo by zajímavé porovnat zkušenosti z praxe začínajících psychologů a psychologů, kteří v praxi působí už delší dobu, více jak rok, nebo i déle.

13. Závěr

V naší práci jsme se zabývali profesními začátky psychology ve zdravotnictví. V teoretické části jsme charakterizovali období mladé dospělosti a jeho současné fenomény na poli vědeckém i kulturním. Dále jsme se věnovali adaptaci a profesní adaptaci, která je důležitá při vkročení do prvního zaměstnání a změnám, které do života jedince přináší. Důležitou kapitolou jsou také copingové strategie a styly, které se zabývají zvládáním obtížných životních situací, kterým vstup do nového zaměstnání zajisté je. Popsali jsme také klinickou psychologii jako takovou a kdo to vlastně je klinický psycholog a jaké náležitosti má jeho práce a do jakých rolí se může na jednotlivých pracovištích dostat. V další části jsme specifikovali pojem „psycholog ve zdravotnictví“ a formy vzdělávání pregraduálního a postgraduálního, ve specializačním vzdělávání jsme se zaměřili na kurz „psychologa ve zdravotnictví“, který musí psychologové absolvovat, pokud chtějí vstoupit do pre-atestační přípravy. Hledali jsme také formy profesní podpory, které mohou mladým psychologům a nejen jim vstup do práce usnadnit a podpořit.

Motivace pro práci ve zdravotnictví byla většinou možnost dalšího vzdělávání, zájem o psychopatologii, diagnostické metody a také potřeba pomoci ostatním.

V rámci dalšího profesního vzdělávání se většina účastníků výzkumu účastní specializačního vzdělávání v oboru Klinická psychologie a často jsou zařazeni do některého z psychoterapeutického výcviku. Účastní se také kurzů psychodiagnostických metod, konferencí apod. Důležitou součástí je i informální učení, tzn. studium odborné literatury a získávání zkušeností v praxi.

Osobní život účastníků další profesní vzdělávání ovlivňuje především po stránce časové a finanční.

Seznam použité literatury

- Arnett, J. J. 2004. *Emerging Adulthood: the Winding Road from the Late Teens through the Twenties*. New York, USA: Oxford University Press.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 9788071785507.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- KEBZA, Vladimír a kol. *Psycholog ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 104 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KONDÁŠ, Ondrej. *Klinická psychológia*. Martin, 1980.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2959-6
- PALÁN, Zdeněk. *Lidské zdroje: výkladový slovník: výchova, vzdělávání, péče, řízení*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2002. ISB 80200009507

RYMEŠ, Milan. *Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů*. Praha: Svoboda, 1985.

Racionalizace práce vedoucího.

Skorikov, V. B., Vondracek, F. W. 2007. Vocational Identity. In Skorikov, V. B., Patton, W. 2007. *Career Development in Childhood and Adolescence*. Rotterdam, The Netherlands: Sense Publishers.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60 - x

ŠTIKAR, Jiří, Milan RYMEŠ, Karel RIEGEL a Jiří HOSKOVEC. *Základy psychologie práce a organizace*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-091-2.

VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie I* Praha: Portal, 1998. ISBN 80-7178-269-6.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5

Studentské práce

HRABOVSKÁ, Zuzana. *Utváření profesní identity studentů psychologie*. Brno, 2011. Masarykova univerzita.

KOŠDY, Milan. *Emerging adulthood: Přejít do dospělosti a jeho specifické oblasti - plány, práce a pojetí osobní svobody*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

MIKAUŠ, Ondřej. *Vynořující se dospělost: Subjektivní vnímání dospělosti a vztah k rodičům v období mezi adolescencí a dospělostí*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

SLOVÁČKOVÁ, Kateřina. *Vzdělávací potřeby začínajících psychologů ve zdravotnictví*. Zlín, 2016. Bakalářská práce.

Internetové zdroje

Specializační vzdělávání: Často kladené otázky. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. Praha: IPVZ, 2008 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/casto-kladene-otazky/specializacni-vzdelavani>

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/casto-kladene-otazky/podminky-zarazeni-do-oboru>

Metodický pokyn: který se vydává k vyhlášce č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání Psycholog ve zdravotnictví. In: Ministerstvo zdravotnictví: MZDR, 2009, číslo 39253.

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html

<https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1508-klinicka-psychologie-2010.pdf>

<https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnicti-pracovnici/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovano-u-zpusobilost>

Balintovské skupiny. *Psychosomatická klinika* [online]. Praha: 2012 [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <https://psychosomatika.cz/clanek/balintovske-skupiny/>

Centra duševního zdraví. *Fokus Praha* [online]. Praha: Fokus Praha, z.ú., 2016 [cit. 2017-07-10]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>

Etapy lidského života podle Eriksona. *Wikipedia* [online]. Praha: wikipedia, 2016 [cit. 2017-07-13]. Dostupné z:

https://cs.wikipedia.org/wiki/Erik_Erikson#Etapy_lidsk.C3.A9ho_.C5.BEivota_dle_Eriksona

Krizová centra v ČR. MUDr. Zbyněk Mlčoch [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/vztahy/psychologie-vztahy/krizova-centra-v-cr-krizova-intervence-informace>

<https://aspvs.isacc.msmt.cz/> - seznam akreditovaných studijních programů vysokých škol, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

<http://www.akpcr.cz/predpisy/eticky-kodex> - etický kodex AKP ČR

<http://www.akpcr.cz/>

Metodický pokyn MZDR k vyhlášce č. 39/2005 Sb., k akreditovanému kvalifikačnímu kurzu Psycholog ve zdravotnictví, 2009; Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_8883_3082_3.html

Naučená bezmocnost. *Cs.wikipedia.org* [online]. 2016 [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Nau%C4%8Den%C3%A1_bezmocnost

Arnett, J. J. (2000a). Emerging Adulthood: Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. Dostupné z: http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf

Centra duševního zdraví. *Fokus Praha* [online]. Praha: ., 2016 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>

ERIKSON, Erik. Etapy lidského života dle Eriksona. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2016-12-08].

Dostupné

z:

https://cs.wikipedia.org/wiki/Erik_Erikson#Etapy_lidsk.C3.A9ho_.C5.BEivota_dle_Eriksona

Krizová centra. *Zbyněk Mlčoch* [online]. Praha: 2014 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z:

<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/vztahy/psychologie-vztahy/krizova-centra-v-cr-krizova-intervence-informace>

Kurzy. *Testcentrum* [online]. Praha: 2011 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z:

<http://www.testcentrum.com/kurzy>.

Seznam příloh

Otázky k rozhovoru

Přepsané rozhovory s účastníky výzkumu (viz CD)

Prožívání profesních začátků psychologa ve zdravotnictví

Otázky k rozhovoru:

Věk:

Pohlaví:

MOTIVACE

- 1) Kdy jste se poprvé začal/a zajímat o psychologii jako takovou? Co Vás k tomu motivovalo? Jak se Váš názor postupně utvářel a co, nebo kdo ho ovlivnil/ovlivnilo?
- 2) Jak a kdy jste se poprvé rozhodl/a stát se právě klinickým psychologem/psycholožkou? Kdo Vás ve Vašem zájmu inspiroval/inspiruje, kdo Vás ovlivnil (učitelé, odborníci, známí, přátelé,...)?

VZDĚLÁNÍ

- 3) Na co by se měla zaměřovat výuka klinických psychologů? Jaké znalosti, vzdělání, jakou praxi, jakým výcvikem by měl projít klinický psycholog? Je podle Vás příprava dostatečná? Změnil/a byste to nějak?
- 4) Jak hodnotíte přípravný kurz „Psycholog ve zdravotnictví“, kterým jste prošel(a)/procházíte jím?
- 5) Můžete porovnat přínos praxe a školy k výkonu Vaší profese?

Ohodnoťte na 5-ti bodové škále:

1 – naprosto nesouhlasím

3 – nedokážu posoudit

5 – naprosto souhlasím

Škola mě dostatečně připravila na výkon mé profese:

1 2 3 4 5

Praxe mě dostatečně připravila na výkon mé profese:

1 2 3 4 5

- 6) Absolvoval/a jste nebo právě docházíte na nějaký psychoterapeutický výcvik? Jaký? Jak výcvik změnil Váš přístup k pacientům?

VSTUP DO ZAMĚSTNÁNÍ

- 7) Pomohly Vám nějaké kontakty na kolegy, kteří již v praxi působí, při začátcích Vaší praxe? Jak konkrétně? Př.: při vstupu do zaměstnání
- 8) Jak jste spokojený s pomocí a komunikací s Vaším školitelem? Jak Vám pomáhá?
- 9) Napadne Vás co Vás Vaši pacienti naučili/učí? Co Vám dali? Je to pro Vás přínosnější než škola?
- 10) Co jste se zatím praxí naučil/a? Přišel/a jste o nějaké iluze? Bylo Vaše očekávání v souladu s realitou nebo jste „hrubě narazil/a“?
- 11) Jsou podle Vás podmínky začínajících klinických psychologů příznivé, vhodné, dostačující? Změnil/a byste něco a co? Čeho je víc potřeba?

ADAPTACE, ROLE, SEBEREFLEXE

- 12) Jak jste se adaptoval/a na svou novou roli klinického psychologa? Jaké změny to přináší do Vašeho života? Co Vám v adaptaci pomohlo/pomáhá?
- 13) Popište sám/sama sebe ve své nové roli. Jak se v ní cítíte?
- 14) Jaké by podle Vás měl mít vlastnosti, schopnosti a dovednosti klinický psycholog? Jaký by měl být?
- 15) Jaké vlastnosti, schopnosti a dovednosti pomáhají Vám ve výkonu Vaší profese? Co byste u sebe vyzdvihl/a?
- 16) Cítíte se být kompetentní pro výkon Vaší profese? Cítíte nějaké silné a slabé stránky? Je něco, co byste na sobě mohl/a zlepšit? Popište.
- 17) Popsal/a byste se jako psychicky odolný a vyrovnaný člověk?
- 18) Nabyl/a jste praxí sebedůvěru? Cítíte se teď jistější? Popište.

PRACOVISTĚ, KOLEGOVÉ, PŘIJETÍ

- 19) Na jakém pracovišti pracujete jako klinický psycholog?
- 20) Jak dlouho působíte na tomto pracovišti? Jak dlouho jste v praxi dohromady?
- 21) Máte svou vlastní pracovnu, místnost, kde přijímáte pacienty?
- 22) Co je náplní Vaší práce? Jak vypadá běžný den v práci?
- 23) Kolik hodin týdně pracujete? (Hodiny/týden)
- 24) Jak jste na pracovišti spokojen/a? Jaká je komunikace s ostatními kolegy ve zdravotnictví, s personálem? Změnil/a byste něco?
- 25) Jak komunikujete a spolupracujete s ostatními pracovišti a odborníky? (Konference, schůze, organizace, podpora.)

ZVLÁDÁNÍ OBTÍŽNÝCH SITUACÍ

- 26) Jaké máte konkrétně vy copingové strategie na zvládání stresu a zátěžových situací?
Co Vám pomáhá ve stresu? Vypěstoval/a jste si nějaké vlastní strategie v průběhu působení v praxi? Co jste se nikde nedozvěděl/a, ale přišel/přišla jste na to sám/sama?
- 27) Stala se Vám ve Vaší praxi situace, kdy jste nevěděl/a, jak ji řešit? Jak jste si poradil/a?
- 28) Jak zvládáte a vyrovnáváte se s nezdarem a zátěží v práci?
- 29) Přišel jste na něco zajímavého o sobě v průběhu praxe? Něco, co Vás posunulo, vrhlo jiný pohled na dosavadní situaci, změnilo Váš názor apod.?
- 30) Jak je podle Vás nejúčinnější bojovat proti pocitům vyhoření? Jaká je prevence?
Setkal/a jste se v průběhu výkonu Vaší profese, s takovými pocity?

„NA ZÁVĚR“

- 31) Jaký máte postoj k práci psychologa ve zdravotnictví? Co pro Vás znamená vykonávat tuto činnost?
- 32) Vidíte dnes svou volbu stát se klinickým psychologem jako dobrou nebo byste se teď po Vašich zkušenostech, rozhodl/a jinak? Jak se dnes cítíte ve Vaší pracovní roli?
Chcete zůstat anebo odejít? Změnit profesní zaměření v oblasti psychologie?
- 33) Jak Vaše práce zasahuje do Vašeho soukromého života? Máte podporu blízkých, rodiny, přátel?
- 34) Změnilo se nějak Vaše trávení volného času po opuštění školy a vstupu do zaměstnání?
- 35) Jak je pro Vás důležitý úspěch v práci? Jak je pro Vás důležité ohodnocení Vaší práce Vašimi kolegy, Vaší rodinou a přáteli?

- 36) Jakou máte představu o dalším průběhu Vaší práce, profesního zaměření? Máte do budoucna z něčeho obavy? Popište.
- 37) Co byste poradil/a budoucím klinickým psychologům? Na co se mají připravit?
- 38) Jaká byla/je Vaše cesta k „staní se“ klinickým psychologem? Byla náročná? V jakých aspektech? Na co jste narazil a co bylo naopak méně obtížné?

Myslíte si, že studenti z pedagogické fakulty (a jiných fakult, např. FSS MU), jsou při vstupu do zdravotnictví znevýhodnění oproti studentům filozofických fakult?

39)

Škála spokojenosti v práci:

Jak jste spokojen/a ve Vašem aktuálním zaměstnání?

Ohodnot'te na 5-ti bodové škále:

1 – velmi nespokojen/a

3 – nemohu se rozhodnout

5 – velmi spokojen/a

1 2 3 4 5

Co by Vám pomohlo, aby byla Vaše spokojenost v práci větší?

40) Napadá Vás ještě něco, o co byste se rád podělil/a? Něco důležitého k výkonu profese klinického psychologa? Jakékoli sdělení? Nějaká otázka, kterou byste položil/a Vaším kolegům z klinické psychologie?